

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS
AÇÕES PROGRAMÁTICAS DE HANSENÍASE:
UM ESTUDO DE CASO**

Tese que apresenta à Escola Nacional de Saúde Pública da
Fundação Oswaldo Cruz, com vistas à obtenção
do grau de Doutor em Saúde Pública

Doutoranda: Tadiana Maria Alves Moreira

Orientadora: Prof. Dr. Elizabeth Moreira dos Santos

Prof. Dr. Vera Lúcia Gomes de Andrade

Rio de Janeiro, junho de 2002.

**Ninguém está pedindo para sermos sublimes:
Somente sérios, com credibilidade e persistência.
(Cheliminsky)**

**A meus pais, Wilmar e Consuelo,
pelo alicerce de construção da minha vida.**

RESUMO

A hanseníase, doença endêmica nacional, ainda que nos últimos anos apresente uma redução importante no número de casos, se constitui um problema de saúde pública. Para reverter este quadro, estratégias vem sendo adotadas para sua eliminação como problema de saúde pública até o ano 2005. Dentre essas estratégias destaca-se a descentralização das ações programáticas de hanseníase para toda a rede básica de saúde do país.

Considerando a importância estratégica dos programas de saúde para as mudanças preconizadas pelo Sistema Único de Saúde de nosso país, a área de avaliação de programas, serviços e intervenções em saúde, se constitui cada vez mais em uma importante ferramenta de apoio às decisões na implementação das políticas de saúde.

Na prática observa-se que o Brasil até hoje vinha estudando avaliações da estrutura e de impacto das ações de controle dos agravos crônicos e agudos de saúde, tendo portanto, uma lacuna na avaliação dos processos e dos resultados das ações e intervenções desenvolvidas pelas áreas programáticas.

No que diz respeito ao Programa de Controle da Hanseníase, embora o Ministério da Saúde realize avaliações anuais do programa aplicando seu instrumento de avaliação composto por um conjunto de indicadores epidemiológicos e operacionais, este não subsidia a análise do processo e dos resultados das intervenções empregadas nacionalmente para uma redução da endemia.

Assim definiu-se pelo desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa para analisar a influência da autonomia em suas quatro dimensões, política, financeira, administrativo/gerencial e técnica sobre a intervenção que vem sendo assumida pelos municípios brasileiros, a universalização do acesso da população ao diagnóstico e tratamento da hanseníase na rede básica de saúde. Apoiando-se em uma revisão teórico-metodológica da avaliação em saúde, construiu-se um modelo de avaliação utilizando-se como método o Modelo Lógico, que tem como essência a utilização de matrizes segundo o objeto de estudo. Foram criadas uma Matriz Descritiva, uma Matriz de Análise e uma Matriz de Julgamento.

Este Modelo Lógico de Avaliação foi aplicado no município de Nova Iguaçu, estado do Rio de Janeiro, para avaliar os progressos e os resultados obtidos com a descentralização das ações programáticas de hanseníase em sua rede de saúde.

Os resultados deste estudo mostraram que o grau de autonomia alcançado pelo município de Nova Iguaçu é baixo. Os indicadores definidos para medir o grau de autonomia política, financeira, administrativo e técnico demonstraram que o município se encontrava na esfera de compromissos, com poucos compromissos transformados em ações.

Em se tratando de uma doença prevalente, a hanseníase requer cada vez mais o desenvolvimento de pesquisas avaliativas que subsidiem os responsáveis pela tomada de decisões, na implementação de políticas que eliminem a doença como problema de saúde pública.

Palavras chave: avaliação, autonomia, hanseníase, ações programáticas, Nova Iguaçu.

ABSTRACT

Leprosy is a endemic disease in Brazil, which constitutes a public health problem, although in the last year it has presented an important reduction in the number of cases. To revert this situation, strategies have been adopted for its elimination as a public health problem until the year 2005. Amongst these strategies it is emphasized the decentralization of the programmatical actions of leprosy for all the basic health services of the country.

Considering the strategically importance of the health programs for the necessary changes in the Unified Health System of our country the evaluation of the programs , services and interventions in health area constitutes an important tool to support the decisions in the implementation of the health policy. In fact, we observed that in Brazil until now, studies for evaluation of the structure and impact of the actions of control of the chronic and acute diseases were developed, there is a gap in the evaluation of the processes and the results of the actions and interventions developed for the programmatical areas. Regarding to the Program of Control of Leprosy, although the Ministry of Health carries through annual evaluations of the program applying instruments of evaluation composed by a set of epidemiological and operational indicators, this does not support the analysis of the process and the results of the employed interventions for a drastic reduction of the endemic disease nationwide.

Thus we designed an evaluation research to analyze the influence of the autonomy in its four dimensions, politics, financier, administrative/management and technical on the intervention that is being assumed for the Brazilian municipalities, the globalization of the diagnosis and treatment of leprosy in the basic health services. An evaluation model was constructed using the Logical Model, based in a theoretical-methodological revision of evaluation in health, which uses matrices according to the studied object. A Descriptive Matrix, a Matrix of Analysis and a Matrix of Judgment had been created.

This Logical Model of Evaluation was applied in the Nova Iguaçu city , Rio de Janeiro state, for the evaluation of the progresses and the results obtained in the decentralization of the programmatical actions of leprosy in health services.

The results of this showed that the degree of autonomy reached by Nova Iguaçu is of a low level. The parameters defined to evaluate the degree of political, economical,

technical and administrative autonomies showed that the city was located in the level of compromise, with little compromises turned into actions.

Being a prevalent disease, leprosy requires more and more the development of evaluation research that subsidizes those people in charge for taking the decisions in the implementation adequate of policies to eliminate the disease as a public health problem.

Key Words: Autonomy, Evaluation, Haseniasis, programmatical actions, Nova Iguaçu.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão por todos aqueles que colaboraram para a realização deste estudo, em destaque:

A Dra. Elizabeth Moreira dos Santos, pela sua orientação segura e precisa, pela amizade e o compartilhar da minha vida acadêmica, científica e até pessoal.

A Dra. Vera Andrade, minha grande guru e amiga, que durante toda a minha trajetória de vida profissional sempre me estimulou a avançar na busca do conhecimento e de meu crescimento.

Aos professores do Departamento Samuel Pessoa da ENSP, que contribuíram tanto no meu saber científico. A Carla, Adriano, Nair, José Amâncio e Jussara também funcionários do Departamento pela constante simpatia, carinho e presteza em me auxiliar no desenrolar de algumas atividades acadêmicas.

A amizade e carinho da minha equipe de trabalho da Assessoria Estadual de Dermatologia Sanitária do Rio de Janeiro: Vilma Tavares do Nascimento, Claudia Paiva e Valle, Ana Luiza Bittencourt, Maria Inês Pimentel, Anna Xavier, Adriana Duarte Nunes, Katerine de Almeida e Luiz Fernando Macedo, pela valiosa contribuição na minha formação profissional, no apoio durante a realização deste estudo e a compreensão pelas minhas ausências durante o período de doutorado.

Ao Secretário Municipal de Saúde de Nova Iguaçu, Dr. Badaró que abriu as portas dos serviços públicos municipais de saúde para que o trabalho de campo pudesse ser realizado em todas as suas fases.

A equipe do Ambulatório de Dermatologia Sanitária do Centro de Saúde Vasco Barcellos, com destaque a enfermeira Ana do Nascimento, coordenadora do Programa de Hanseníase do município de Nova Iguaçu e a Eliane, que com dedicação e apoio participaram da execução deste projeto.

A banca examinadora pelas contribuições apresentadas.

Aos companheiros de vida: Gislaine, Karin, Elizabeth, Soraia, Paula, Ana Beatriz, Mara, Aluizio, que mesmo não compreendendo minha escolha, estiveram presentes de uma forma ou outra.

Aos meus irmãos Maria Consuelo, César Roberto e João Francisco; as meus cunhados Nelson e Maria e aos meus sobrinhos César Augusto, Felipe, Marcelle e em especial a Flávia, que pela presença mesmo à distância, me incentivaram a ir adiante.

A minha tia e amiga Maria Helena, pelo estímulo, paciência e apoio dedicado em todo o meu trajeto de vida no Rio de Janeiro.

Aos meus pais, que em todos os momentos de minha torcem e fazem tudo que esteja ao seu alcance, para me ver feliz. A mãe singular e ao pai que sempre acreditou em meu esforço.

A Mateus, companheiro tão incomum e encantador.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO:	1
CAPÍTULO 1: AVALIAÇÃO EM HANSENÍASE	
1.1. Contextualização	7
1.2. Avaliação e suas definições	8
1.3. Avaliação e seus métodos	9
1.3.1. O Estudo de Caso	11
1.3.2. Estudo de Caso e Validade	13
1.4. Avaliação e Desenhos da Pesquisa Avaliativa	16
1.4.1. Do Modelo Teórico Ao Modelo Lógico	17
1.5. Avaliação do Controle da Hanseníase	19
CAPÍTULO 2: O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE	
2.1. Descentralização e suas Conceituações	25
2.2. A Descentralização das Ações de Controle da Hanseníase:	
2.2.1. No Brasil	27
2.2.2. No Estado do Rio de Janeiro	33
2.2.3.No município de Nova Iguaçu	39
2.3. Ações de Controle da Hanseníase	44
2.4. A Estratégia de Descentralização	46
CAPÍTULO 3: METODOLOGIA	
3.1. Pressupostos	52
3.2. Objetivos	
3.2.1. Geral	52
3.2.2. Específicos	52
3.3. Desenho do estudo	53
3.4. Definição das Ações de Eliminação da Hanseníase	53
3.5. Seleção do município	56
3.6. Seleção das modalidades de atenção a saúde	57
3.7. Instrumentos	58

3.8. Coleta De Dados	60
3.8.1. Coleta de dados primários através de entrevista às autoridades locais e aos usuários	60
3.8.2. Coleta de dados secundários	60
3.9. Construção de um Modelo Lógico de Avaliação	61
. Matriz Descritiva	63
. Matriz de Análise	74
. Matriz de Julgamento	78
CAPÍTULO 4: RESULTADOS	
4.1. Contextualização das reuniões e das atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde	86
4.1.1. Entrevistas as autoridades locais	86
4.1.2. Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde	87
4.2. Autonomia Política	89
4.3. Autonomia Financeira	97
4.4. Autonomia Administrativo/ Gerencial	101
4.5. Autonomia Técnica	106
CAPÍTULO 5: DISCUSSÃO	
5.1. Autonomia Política	127
5.2. Autonomia Financeira	131
5.3. Autonomia Administrativo/ Gerencial	134
5.4. Autonomia Técnica	143
CONCLUSÕES	160
BIBLIOGRAFIA	171
ANEXOS	184

LISTA DE ABREVIATURAS

CMS – Conselho Municipal de Saúde
CMSNI – Conselho Municipal de Saúde de Nova Iguaçu
CNDS – Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS – Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
ESF – Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBISS - Instituto Brasileiro de Inovações em Saúde Social
MORHAN – Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela
Hanseníase
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PEA – Programa de Erradicação do *Aedes aegypti*
PFL – Partido da Frente Liberal
PL – Partido Liberal
PPI – Programação Pactuada Integrada
PQT – Poliquimioterapia
PSDB - Partido Social Democrático Brasileiro
SES – Secretaria de Estado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Coeficiente de Prevalência de Hanseníase na série histórica 1991 a 2000, Brasil e estado do Rio de Janeiro.

FIGURA 2 Coeficiente de Detecção de Casos Novos de Hanseníase na série histórica 1991 a 2000, Brasil e estado do Rio de Janeiro.

MATRIZES

MATRIZ 1 – Matriz Descritiva do Modelo Lógico de Avaliação da Descentralização das Ações de Eliminação da Hanseníase.

MATRIZ 2 – Matriz de Análise do Modelo Lógico de Avaliação da Descentralização das Ações de Eliminação da Hanseníase.

MATRIZ 3 - Matriz de Julgamento do Modelo Lógico de Avaliação da Descentralização das Ações de Eliminação da Hanseníase.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos casos prevalentes de hanseníase detectados no município de Nova Iguaçu e no estado do Rio de Janeiro segundo o ano de detecção na coorte 1991 a 2000.

Tabela 2 Distribuição de casos novos de hanseníase detectados no município de Nova Iguaçu e no estado do Rio de Janeiro, segundo o ano de detecção, na coorte de 1991-2000

Tabela 3 Distribuição de casos novos de hanseníase detectados no município de Nova Iguaçu e no estado do Rio de Janeiro, segundo a classificação operacional na coorte 1991 a 2000.

Tabela 4 Distribuição de casos novos de hanseníase detectados no município de Nova Iguaçu e no estado do Rio de Janeiro segundo sexo na coorte 1991 a 2000.

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1** Meta atingida na descentralização dos estados de atuação do GT/HANSEN/ CONASEMS.
- QUADRO 2** Meta atingida de descentralização dos municípios de atuação do GT/HANSEN/CONASEMS.
- QUADRO 3** Atividades Desenvolvidas na Aceleração da Eliminação da Hanseníase n estado do Rio de Janeiro – agosto de 2001.
- QUADRO 4** Meta atingida de descentralização dos municípios segundo Regiões Geográficas do estado do Rio de Janeiro – agosto de 2001.
- QUADRO 5** Situação administrativa dos pacientes registrados no programa de hanseníase. Nova Iguaçu – março de 2000.
- QUADRO 6** Ações de Controle do Programa de Hanseníase. Ministério da Saúde. Brasil- 2000.
- QUADRO 7** Ações Programáticas e Atividades de Eliminação da Hanseníase – Brasil. 2000.
- QUADRO 8** Registro dos conteúdos discutidos nas reuniões do Conselho Municipal d Saúde de Nova Iguaçu – período janeiro de 2000 a fevereiro de 2001.
- QUADRO 9** Distribuição das modalidades de atenção a saúde segundo indicadores da Matriz Descritiva referente a Autonomia Política, Nova Iguaçu, julho de 2001.
- QUADRO 10** Sumário das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Janeiro de 2000 a fevereiro de 2001, Nova Iguaçu.
- QUADRO 11** Distribuição das modalidades de atenção a saúde segundo indicadores da Matriz Descritiva referente a Autonomia Financeira, Nova Iguaçu, Julho de 2001.
- QUADRO 12** Distribuição dos agravos de saúde desenvolvidos nas quatro modalidades de atenção a saúde de Nova Iguaçu, julho de 2001.
- QUADRO 13** Distribuição das modalidades de saúde segundo técnicos envolvidos com ações de hanseníase e que receberam treinamento específico, Nova Iguaçu, julho de 2001.

- QUADRO 14** Distribuição das Modalidades de Atenção a Saúde segundo Organização do arquivos gerais das Modalidades de Atenção a Saúde avaliadas, Nova Iguaçu, Julho de 2001.
- QUADRO 15** Distribuição das Modalidades de Atenção A Saúde Segundo Organização do Arquivo de Hanseníase, Nova Iguaçu, Julho d 2001.
- QUADRO 16** Distribuição das modalidades de atenção a saúde segundo composição do prontuário hanseníase, Nova Iguaçu, julho de 2001.
- QUADRO 17** Distribuição das modalidades de saúde segundo o modo de detecção de casos novos de hanseníase. Nova Iguaçu, julho de 2001.
- QUADRO 18** Distribuição das modalidades de saúde segundo os esquemas terapêuticos poliquimioterapia/OMS utilizados no tratamento de hanseníase. Nova Iguaçu, julho de 2001.
- QUADRO 19** Distribuição das modalidades de saúde segundo o desenvolvimento do componente educação em saúde, Nova Iguaçu, julho de 2001.
- QUADRO 20** Distribuição das modalidades de saúde segundo a ação de controle prevençã de incapacidade física em hanseníase, Nova Iguaçu, julho de 2001.
- QUADRO 21** Distribuição das Modalidades de Atenção A Saúde Segundo o Desenvolvimento da ação de vigilância epidemiológica de Contato, Nova Iguaçu, Julho De 2001.
- QUADRO 22** Distribuição das modalidades de atenção a saúde segundo a solicitação de exames complementares de hanseníase, Nova Iguaçu, julho de 2001.
- QUADRO 23** Sumário dos Resultados do nível de descentralização das Ações de Eliminação da Hanseníase atingido pelo município de Nova Iguaçu segundo as dimensões da autonomia,Julho De 2001.
- QUADRO 24** Sumário dos resultados encontrados na aplicação da Matriz de Análise do Modelo Lógico de avaliação da descentralização das ações de eliminação da Hanseníase,alcançado pelo município de Nova Iguaçu, julho de 2001.
- QUADRO 25** Sumário do julgamento da avaliação da descentralização das Ações Programáticas de Hanseníase no Município de Nova Iguaçu, Julho de 2001.

INTRODUÇÃO

A área de avaliação de programas, serviços, intervenções e tecnologias vêm nos últimos anos passando por um processo de crescimento e diversificação dos conceitos e métodos para se constituir em uma ferramenta de apoio na implementação das políticas públicas. Novaes (2000) observa o aumento da preocupação dos gestores dos setores público e privado com a avaliação, embora sua influência na tomada de decisões seja ainda inexpressiva.

No setor saúde a avaliação também se encontra em fase de construção metodológica e conceitual como um importante instrumento de suporte à dinâmica dos sistemas e serviços. No setor público verifica-se nos últimos anos um maior interesse no desenvolvimento de avaliações de programas com ênfase avaliação de qualidade ou avaliações econômicas de custo-efetividade ou ainda, na realização de avaliações tecnológicas (Silva, 1998).

Diversos países em sua reforma administrativa tentam adotar em sua administração pública uma gestão por resultados, avaliando os resultados alcançados em múltiplas avaliações que permitem balizar os progresso, orientando o desenvolvimento das atividades futuras (Alves, 1998, Plantz et al 1997 apud Hartz, 2000).

No Brasil, com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) que define como princípios a descentralização da gestão administrativa, a universalidade, a equidade, a integralidade, hierarquização e regionalização, novas estratégias, vem sendo implantadas na promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. A municipalização das ações e serviços de saúde vem exigindo cada vez mais o emprego de métodos de avaliação para subsidiar na redefinição de diretrizes e estratégias para a efetivação do atual sistema de saúde.

Cada vez mais se torna imprescindível implementar atividades de avaliação contínuas sobre a efetividade do programa de hanseníase e de intervenções específicas que subsidiem os gerentes de programas a tomar decisões acertadas.

Na Área de Controle da Hanseníase observa-se que durante muitos anos a avaliação esteve direcionada para analisar o impacto das ações de controle empregadas pelo programa, utilizando um conjunto de indicadores epidemiológicos e operacionais que permitem determinar a tendência secular da endemia, sua magnitude, transcendência bem como medir de modo incipiente a qualidade das atividades desenvolvidas pela rede de saúde dos municípios do país. A avaliação também esteve algumas vezes direcionada à análise da estrutura dos serviços de saúde para a implantação das ações programáticas.

Ainda que os instrumentos empregados na avaliação do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase apóiem as três esferas do governo na definição de estratégias para reduzir a doença, existe uma lacuna na produção de conhecimento sobre os resultados alcançados com as ações programáticas e as intervenções de saúde voltadas aos portadores deste agravo.

Partindo-se do pressuposto que o modelo empregado na avaliação da hanseníase não é sensível para dar respostas sobre o processo e os resultados de intervenções que vem sendo assumidas nacionalmente para eliminar a hanseníase, torna-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que possam promover o equacionamento deste problema de saúde pública. Assumindo-se o conceito de avaliação elaborado por Contrandriopoulos et al (1997, p:31) “*Avaliação é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões*”, este estudo de caso está voltado para a aferição dos resultados, que impõe a construção de um modelo teórico que determine se a descentralização das ações programáticas de hanseníase é suficiente para reduzir a doença a índices baixos. Nesta perspectiva, entende-se ser de crucial importância a busca de novas alternativas metodológicas, no intuito de implementar a atual política de controle da hanseníase.

Esta tese foi estruturada em capítulos. No capítulo 1 buscou-se fundamentar teoricamente alguns métodos de avaliação que vem sendo empregados no setor saúde, com ênfase ao estudo de caso, utilizado neste estudo. Também foram enfocados os determinantes teóricos da avaliação e da pesquisa avaliativa, com destaque ao método de avaliação conhecido como Modelo Lógico de Avaliação, segundo os pressupostos do CDC (The Centers for Disease Control and Prevention), que tem como essência a criação de matrizes.

No capítulo 2 trabalhou-se o processo da descentralização das ações programáticas de hanseníase. Procurou-se ainda relatar com vem ocorrendo a descentralização das ações programáticas de diagnóstico e tratamento no país, no estado do Rio de Janeiro, e no município de Nova Iguaçu, objeto de nosso estudo, sob a ótica da autonomia em suas quatro dimensões: política, financeira, administrativo/gerencial e técnica. Foram enfocadas as ações programáticas empregadas no controle da hanseníase e as estratégias de descentralização que vem sendo empregadas mundialmente e no Brasil para eliminar a doença como problema de saúde pública.

A metodologia desta pesquisa avaliativa é apresentada em detalhes no Capítulo 3. Faz parte deste capítulo a descrição do Modelo Lógico de Avaliação por nós

construído que é composto por três matrizes: a Matriz Descritiva, a Matriz de Análise e a Matriz de Julgamento. Testou-se a variável autonomia por entender-se que esta permite definir o processo da descentralização.

O capítulo 4 descreve os resultados obtidos no trabalho de campo realizado em Nova Iguaçu, quando foram entrevistados o gestor municipal de saúde, então presidente do Conselho Municipal de Saúde, a Coordenadora Municipal do Programa de Hanseníase, os gerentes das quatro modalidades de saúde selecionadas, os profissionais responsáveis pelo atendimento aos doentes de hanseníase e uma amostra de doentes de hanseníase, representativos dos usuários dos serviços de saúde. Ainda que tenhamos trabalhado nesta pesquisa avaliativa a satisfação dos usuários do serviço de saúde, por entendermos que esta é parte integrante da autonomia técnica, decidiu-se por não incluir nesta dissertação o estudo qualitativo realizado junto aos portadores de hanseníase em registro nas quatro modalidades de atenção a saúde, selecionadas para este estudo. Este estudo será posteriormente publicado em forma de artigo. O resultados foram trabalhados segundo as dimensões da autonomia, avaliando cada indicador das três categorias que caracterizam os níveis de descentralização definidos na Matriz Descritiva do Modelo Lógico de Avaliação.

O capítulo 5, discute os resultados alcançados nesta pesquisa comparando-os com o parâmetro de análise, isto é, os critérios definidos na Matriz de Análise de nosso Modelo Lógico de Avaliação, que obedece a lógica de utilização da categoria autonomia (política, financeira, administrativo/gerencial e técnica).

O último capítulo, a Conclusão, faz um julgamento sobre a descentralização das ações de hanseníase no município de Nova Iguaçu, através da utilização da Matriz de Julgamento, que define três níveis de descentralização da intervenção em análise e sua inter relação com o grau de autonomia do setor saúde para com a redução da endemia de acordo com o coeficiente de prevalência (menos de 1 caso em cada dez mil habitantes), definido pela OMS.

Pensar a avaliação do processo e dos resultados de uma medida interventiva que busca solucionar o problema da hanseníase na grande percentual de municípios brasileiros, utilizando como método científico o Modelo Lógico de Avaliação, para responder aos questionamentos levantados à realização desta tese de dissertação, foi nosso desafio:

- A autonomia influencia a execução das ações programáticas de hanseníase?
- A descentralização viabiliza o acesso da população ao diagnóstico, a avaliação do grau de incapacidade física e ao tratamento da hanseníase?

- Como construir uma metodologia que avalie a influência da descentralização no acesso da população às ações programáticas de eliminação da hanseníase?

As reflexões e questões levantadas sobre o grau de autonomia que um município precisa ter, é o marcador determinante para avaliar o grau do sucesso ou do fracasso alcançado com a descentralização do diagnóstico, do tratamento e da avaliação do grau de incapacidade no município de Nova Iguaçu.

CAPÍTULO 1

1. AVALIAÇÃO EM HANSENÍASE

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Se entendermos avaliação como o exame e o julgamento para a determinação de valor e tomada de decisão, o exercício da avaliação teve origem no início da humanidade, propagando-se até a atualidade. A prática da avaliação sempre foi empregada pelo ser humano de modo informal na rotina da sua vida. A avaliação informal é estruturada em percepções altamente subjetivas. Ela baseia-se em evidências coletadas formalmente no instinto, na experiência, na generalização ou na falta de procedimentos sistemáticos. Ela ocorre quando uma escolha é feita entre várias alternativas, sem evidência formal sobre o mérito destas alternativas (Worthen et al,1997; 1993).

Foi somente em 1930, durante a Grande Depressão Americana, que a avaliação adquire um caráter sistemático. Neste período Tyler e Smith avaliaram um programa na área de educação, conhecida como “Avaliação de Tyler”, que até nossos dias exerce alguma influência no planejamento e avaliação (Cook,1997).

A necessidade de avaliar os programas públicos logo após a Segunda Guerra Mundial, levaram a criação de novos métodos de avaliação, decorrentes da pressão das autoridades do governo e políticos, na aplicação de técnicas de “gerenciamento científico” que vinham sendo empregados pelos militares e pela indústria americana. No final da década de 1950 a avaliação estava sendo exercida tanto pelos países do primeiro mundo como pelos menos desenvolvidos. Foi durante os anos 60 que ocorreu a expansão das atividades de avaliação de programas, financiada pelo governo federal americano. Estes métodos foram aplicados nas áreas da saúde e educação social, na tentativa de otimizar com eficácia a utilização dos recursos financeiros, naquela ocasião priorizados para apoio a estas políticas sociais.

A discussão desencadeada por políticos conservadores, financiadores e pela população em geral sobre a validade de aplicação de recursos em programas sociais, reorientou a partir de 1970 o foco da avaliação destes programas para sua efetividade (Rossi, 1993). Desde então a avaliação passou a fazer parte do planejamento e gerenciamento de programas sociais nos países industrializados, com ênfase na comprovação da efetividade e da responsabilidade fiscal.

Hoje a avaliação vem sendo vista numa perspectiva interdisciplinar, onde novas metodologias estão sendo desenvolvidas com o objetivo não apenas de demonstrar a

efetividade e os resultados de uma intervenção, mas de melhorar a qualidade dos serviços para atender às necessidades do mercado e da estrutura pública mundial. O desenvolvimento de novas metodologias de avaliação com abordagens que contemplem as diversas áreas das ciências humanas e sociais, subsidiam o avaliador na tomada de decisões.

No Brasil, nos últimos anos, vem crescendo o interesse pelas avaliações de programas, passando a fazer parte das preocupações dos gestores do setor público, ainda que seus resultados tenham pouca influência nos processos de decisão. Como exemplo cita-se o trabalho realizado por Hartz et al (1997) que avaliaram o programa materno-infantil no nordeste brasileiro, através da aplicação de um modelo lógico, evidenciando as articulações ocorridas entre os vários subprogramas bem como os contextos intra e inter-organizacionais que direcionaram a seleção dos indicadores e os níveis de análise.

1.2. AVALIAÇÃO E SUAS DEFINIÇÕES

Avaliação possui diferentes conceitos e significações. Para um grupo de autores “avaliação, investigação ou mensuração tem o mesmo significado”. Para outros, avaliação é um julgamento profissional. Avaliação também é definida como o acesso da dimensão para o qual podem-se alcançar objetivos específicos. Outros comparam avaliação com auditoria ou com diversas variantes do controle de qualidade. O ato de coletar e promover informação para possibilitar tomada de decisão para um funcionamento mais inteligente é outro conceito adotado por alguns teóricos (Worthen, 1997).

Rossi e Freeman (1982:20) definem avaliação como *“a aplicação de procedimentos de pesquisa social na determinação da conceitualização, desenho, implantação e utilidade de programas de intervenção social”*.

Donabedian (1984) conceitua avaliação como *“um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos”*. Esta é uma ferramenta orientada para a ação e a aprendizagem. É um processo organizativo que visa tanto melhorar as atividades que já vem sendo desenvolvidas bem como planejar o futuro e orientar a tomada de decisões.

Para Motta (1989:1) *“avaliação é o processo de produzir informações sobre os valores dos resultados da implementação de políticas e programas públicos. Consiste*

em um exame crítico dos valores explícitos de uma política, para saber se continuam congruentes com os objetivos previstos”.

A avaliação segundo Contrandriopoulos et al, (1997, p:31) *“baseia-se fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção 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) e de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)”.*

1.3. AVALIAÇÃO E SEUS MÉTODOS

Nas últimas duas décadas surgiu a necessidade de elaborar modelos e métodos científicos para avaliar programas auxiliando os governos na melhoria da qualidade de seus serviços. Os resultados das intervenções até então realizadas eram pouco avaliadas tanto quantitativas como qualitativamente. Não era uma prática comum analisar a correlação existente entre o grau de implantação de uma intervenção ou programa e os efeitos observados.

A avaliação de implantação tem como propósito medir a influência da variação no grau da implantação de um programa ou intervenção nos seus efeitos. Já a avaliação de resultados busca os resultados alcançados pelo programa em relação aos objetivos propostos e aos resultados esperados(Contandriopoulos, 1997).

Também o contexto organizacional era pouco considerado em uma avaliação. Uma mesma intervenção implantada em diferentes contextos produz resultados variados. Tornou-se necessário analisar criteriosamente se esta variabilidade é decorrente da não aplicação da intervenção ou das divergências existentes entre os diferentes contextos (Denis e Champagne, 1997).

No setor saúde cada vez mais se identifica a necessidade de incorporar o maior número de métodos de avaliação que permitam estudar os resultados do conjunto de ações programáticas empregadas nos controle e erradicação das doenças. Dentre esses modelos de avaliação está incluído modelo lógico a ser apresentado neste capítulo.

Durante muitos anos a análise dos problemas de saúde era realizada através de estudos epidemiológicos, que permitem reconhecer, segundo Clement et al (1995), as variações nas probabilidades de se obter resultados bons ou adversos. Embora a aplicação de métodos quantitativos utilizados na epidemiologia seja importante no controle da tendência de endemias, eles nem sempre produzem respostas rápidas para a tomada de decisões. Bread e Bouyer citados por Hartz (1999a), ao estudarem os

métodos epidemiológicos em avaliação declaram que, na prática muitas vezes, quando se está avaliando, é preciso desviar-se do modelo ideal dos ensaios aleatórios. Como exemplo, a limitação ética na restrição da aplicação de algumas tecnologias com evidência de comprovação de bons resultados, sem que previamente tenham sido realizados estudos de casos controle; a necessidade de documentar uma situação antes da publicação de uma lei, norma ou regulamentação.

Com o objetivo de definir mais especificamente avaliação, diferentes classificações foram criadas, com o objetivo de facilitar a sua aplicação. Independente do tipo de avaliação realizada podem ser utilizados tanto dados quantitativos como qualitativos.

Worthen (1997) classificou a avaliação em dois tipos: a) Avaliação *informal*, que utiliza percepções subjetivas para fundamentar um julgamento. Ela ocorre quando é feita uma escolha entre várias alternativas sem evidência formal sobre o mérito das mesmas. b) Avaliação *formal*, que emprega como concepção esforços sistemáticos para definir critérios explícitos e obter informações exatas sobre alternativas, permitindo determinar o real valor destas alternativas.

Já para Scriven (1967) há dois tipos distintos de avaliação: a *somativa e formativa*, que embora haja uma aceitação universal destes conceitos, na prática torna-se difícil distingui-los. *Avaliação somativa (ou normativa)* é dirigida e levada a público para o julgamento sobre o valor ou mérito do programa em relação a critérios importantes. É a determinação sistemática e objetiva do mérito ou custo de um objeto. Ela fornece informações ao pessoal do programa para que possam decidir sobre sua continuidade ou sobre a sua utilização pelos consumidores. Ela permite avaliar a adoção ou a tomada de decisões sobre o futuro de um programa; consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando sua organização com os recursos utilizados, os serviços, os bens ou os resultados produzidos. Este tipo de avaliação está direcionado ao consumidor em potencial, as fontes financiadoras, aos responsáveis pela tomada de decisão, aos supervisores e até mesmo ao pessoal do programa.

Na concepção de Worthen (1997) a avaliação somativa é “*a identificação, clarificação e aplicação de critérios defensáveis para determinar a avaliação do objeto avaliado (preço ou mérito), qualidade, utilidade, efetividade ou significância em relação a esses critérios*”.

Na avaliação de programas e de serviços de saúde, vem sendo empregado em larga escala o modelo de avaliação multiside, “*multiple -site (MSE)*” ou multicêntrico, elaborado por Turpin e Sinacore em 1991. Este método é utilizado quando os programas

são implantados em várias localidades geográficas, permitindo deste modo aumentar o tamanho da amostra e a sua propagação. Ele foi cuidadosamente elaborado para padronizar e controlar tanto a implementação de um programa bem como os procedimentos para coletar, verificar e analisar os dados a serem avaliados (Worthen, 1997).

A avaliação multicêntrica pode ser caracterizada segundo o tempo de aplicação do método: prospectivo quando a avaliação é realizada a partir da implantação do programa ou retrospectivo quando avalia um programa ou intervenção já implantado. Segundo os criadores deste modelo, Turpin e Sinacore (1991), ela pode ainda ser dividida em dois sub tipos: Multicêntrico controlado, implementada da mesma maneira em diferentes áreas geográficas ou; multicêntrico não controlado: em que a avaliação de um programa é realizada de diferentes maneiras em áreas geográficas distintas.

Um outro modelo de avaliação que pode ser empregado na área da saúde é a *Avaliação em Cluster ou Avaliação de Grupo*. Elaborado pela Fundação Kellogg este tipo de avaliação tem por objetivo avaliar projetos ou programas que são desenvolvidos concomitantes em vários locais e as mudanças comuns que possam ocorrer em cada um desses lugares. Mesmo buscando-se um objetivo comum final neste modelo de avaliação, este tem autonomia na definição de objetivos intermediários, na operacionalização do projeto ou programa assim como na definição do orçamento. Os resultados são empregados no aprendizado geral, desenvolvendo a comunicação e a colaboração entre as diversas representações locais (Sanders, 1994). A avaliação em cluster permite um processo contínuo de comunicação, aprendizagem e troca de idéias; uma maior interação entre seus participantes, isto é, os três grupos de atores envolvidos: avaliadores internos, avaliadores externos e as agências financiadoras. O desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa utilizando o modelo lógico de cluster tem como limitação à necessidade de despender de grandes recursos humanos para sua execução.

Uma avaliação somativa pode ser multicêntrica ou em cluster, ou ainda pode empregar diferentes tipos de estudo como o estudo de caso descrito a seguir.

1.3.1. O ESTUDO DE CASO

Um outro método utilizado na avaliação de uma intervenção é o *estudo de caso*, que é empregado quando o foco é um fenômeno contemporâneo, inserido em um

contexto da vida; quando o investigador tem pouco controle sobre os eventos; quando o número de unidades de interesse excede o número de unidades de observação; quando as questões que estão sendo enfatizadas são *como* e *por quê*. Este método é utilizado quando certos tópicos da investigação são complexos, tornando-se difícil à distinção entre o fenômeno de interesse e as condições contextuais, havendo a necessidade de informações de ambas as situações (Yin, 1993).

A análise de casos envolve a organização dos dados por casos específicos. Podem ser considerados casos: indivíduos, grupos, programas, instituições ou unidades.

O estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto. Ela procura estudar o conjunto das variações intra-sistema, que são as variações produzidas de modo natural em um determinado meio (Yin, 1993; Hartz, 1997). A avaliação deste tipo de estudo permite obter uma compreensão ampla de casos complexos, através da descrição e análise do caso como um todo, e do seu contexto. Estrategicamente este tipo de avaliação é utilizado quando se tem dificuldade para diferenciar se os efeitos atribuídos são decorrentes das características do meio de implantação ou da intervenção em si.

Em um estudo de caso pode ser incluído um único ou múltiplos casos que são variantes do desenho do estudo. Entretanto, torna-se necessário não confundir estudo de caso com pesquisa qualitativa. Os estudos de casos podem basear-se na interação de evidências quantitativas e qualitativas. Já a pesquisa qualitativa exerce pressão na construção da natureza social, na intimidade das relações entre o pesquisador e o que está sendo estudado; ela destaca as medidas e a análise da relação causal entre variáveis, não de processos (Denis & Lincoln, 1998).

Este tipo de estudo tem pelo menos cinco diferentes aplicações na pesquisa avaliativa: a) *Explicação*: a ligação causal na intervenção da vida real, que são também complexas para o inquérito ou estratégias experimentais. Na linguagem da avaliação, seria a ligação entre a implementação do programa com os seus efeitos. b) *Descrição*: uma intervenção e o contexto de vida real na qual ocorreu. c) *Elucidação*: certos assuntos dentro de uma avaliação numa perspectiva jornalística, num modelo descritivo. d) *Exploração*: situações na qual a intervenção não pode ser avaliada de modo claro, simples, mas a partir de um conjunto de resultados e) *Meta-avaliação*: o estudo de um estudo de avaliação (Yin, 1994).

Segundo Patton (1990) uma análise qualitativa de estudo de caso baseia-se em uma estratégia específica de coleta, organização e análise de dados. A análise de casos

abrange a organização dos dados através de casos específicos no aprofundamento do estudo.

Para Scriven (1967) o segundo tipo de avaliação é a *avaliação formativa*, realizada previamente para subsidiar um programa na implementação ampla de suas atividades. Sua utilização permite compreender as reais necessidades de um programa ou intervenção, para a tomada de decisões experimentais na busca de sua melhoria ou implementação (Coyle et al apud Sessions, 2001). Ela subsidia a equipe com informações profícuas para sua implementação; na avaliação de informações, com o objetivo final de levar a uma melhoria do programa. Os públicos-alvo deste tipo de avaliação são os gerentes ou administradores de programas e suas equipes.

O estudo *quase-experimental* é empregado na avaliação de resultados de programas, principalmente de educação e de promoção da saúde, podendo ser dividido em dois sub grupos: clínicos ou laboratoriais e, de programas e políticas. Este tipo de estudo tem como estratégia modificar o ambiente social ou físico até produzir a modificação esperada na população alvo, promovendo um impacto no status de saúde da referida população. Seu desenho pode envolver um grupo ou múltiplos grupos de comparação ou a combinação de ambos (Kleinbaum, 1982).

Na prática é difícil estipular a seqüência exata da aplicação destes dois tipos de avaliações, somativa e formativa, por estarem às mesmas intimamente interligadas e complementarem-se entre si. A diferença entre ambas faz a distinção entre *avaliação externa* e *avaliação interna*. Enquanto que a avaliação *externa* é realizada por avaliadores independentes, a *interna* é conduzida pela própria equipe implementadora do programa. Embora um avaliador externo não tenha domínio sobre a funcionalidade do programa, eles conseguem em uma avaliação fazer uma crítica mais rígida. Já o avaliador interno, por ter um maior conhecimento técnico da implementação do programa, tem dificuldades de ser rigorosamente crítico (Worthen et al, 1997).

Um avaliador externo conduz melhor uma avaliação somativa por aplicar com mais precisão critérios de valores definidos na norma. Já o avaliador interno por ter o conhecimento do programa, adota com mais freqüência a avaliação formativa. (Worthen, 1997).

A complexidade do tema tem levado a elaboração de outras classificações, aplicáveis tanto na avaliação somativa quanto na formativa, utilizadas na avaliação. Para Sessions (2001) existem cinco diferentes tipos de avaliação: formativa, (já descrita anteriormente), de eficiência, de processo, de resultados e de impacto.

Para o autor a *avaliação de eficiência* analisa a relação entre os custos de um programa e os resultados, para precisar a aplicação eficiente dos recursos financeiros. Há dois tipos principais de avaliação de eficiência: a) análise de custo-eficiência, que permite determinar se os benefícios de um programa são mais importantes para a sociedade do que seus custos financeiros; b) análise de eficiência em termos de custos, que torna possível determinar se uma intervenção específica ou programa de prevenção da comunidade vale o que custa. Este tipo de avaliação por requerer aplicação de métodos e de recursos financeiros limita sua aplicação em organizações comunitárias.

A *avaliação de processo* é empregada para avaliar a operacionalidade de um problema, para descrever como os serviços estão sendo realizados, mas não sua efetividade. Está centrada no monitoramento das atividades do programa e nas pessoas que as executam (NCR, 1993 apud Sessions, 2001), utilizando recursos administrativos e informações operacionais já existentes. Este tipo de avaliação vem sendo muito empregado no controle e eliminação da hanseníase em todos os seus níveis, monitorizando a descentralização, os treinamentos realizados para a realização do diagnóstico, tratamento, treinamentos em prevenção das incapacidades físicas, instrutoria e supervisão; estudo de casos, supervisão direta das atividades desenvolvidas pelos municípios na rede básica de saúde. Os resultados desta avaliação são geralmente apresentados de modo descritivo, inserindo detalhes dos fatos ocorridos durante a execução das tarefas.

A *avaliação de resultados* para Mohr citado por Sessions (2001) é o tipo de avaliação mais habitualmente empregado. Define a efetividade do programa, mostrando até onde este conseguiu atingir os resultados esperados e os objetivos propostos. Busca resultados em curto prazo e a mudança que provocou na população alvo. Este tipo de avaliação pode ser empregado para avaliar as intervenções de advocacia (campanhas de divulgação através da mídia local e do uso de materiais educativos como cartazes e panfletos).

A *avaliação de impacto* é uma avaliação dos resultados de longo prazo de um programa sobre uma população-alvo. No caso da hanseníase engloba a população geral que está exposta ao risco de adoecer. Por requerer uma maior aplicação de recursos humanos e monetários este tipo de avaliação é pouco empregado. Como o impacto de uma intervenção não é decorrente de uma única aplicação programática é quase impossível atribuir mudanças à ação isolada do programa ou da intervenção (Sessions, 2001).

1.3.2. ESTUDO DE CASO E VALIDADE

Quando se elabora um estudo de caso é preciso estar atento à validade interna e externa do estudo. No estudo de caso a validade interna fundamenta-se no grau de segurança estabelecido na relação de causalidade entre variáveis dependentes e independentes, entre o programa e seus resultados. A validade interna permite concluir que o efeito obtido é realmente decorrente da variável independente (o programa) e não das variáveis ou fatores de confusão (o efeito do programa), sempre que estes fatores tenham sido controlados no desenho do estudo. Esta segurança é determinada pela minimização de vieses que possam ocorrer no estudo (Pinault, 1988).

A potência explicativa dos estudos de caso sustenta-se na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso e as variações destas relações no tempo-espço. Esta se origina, portanto, da profundidade da análise do caso e não do número de unidades estudadas (Denis & Champagne, 1997). A validade interna depende, portanto, de dois fatores: da seleção do modelo de análise e do modelo teórico, bem como da qualidade e da complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo.

Quanto à validade externa de uma pesquisa, esta se apóia em três princípios: a) *da semelhança* que é a generalização dos resultados para um universo empírico semelhante; b) *da explicação* que indica se os ganhos de validade externa são decorrentes de uma compreensão dos fatores de produção e inibição dos efeitos; c) *da robustez* que determina se o grau de generalização de um estudo pode torna-se amplo se houver réplica dos efeitos em diferentes contextos (Champagne & Denis, 1997; Yin, 1994). A validade externa (generalização) estabelece o domínio pelo qual as descobertas de um estudo podem ser generalizadas. Consiste na capacidade de extrapolar os resultados de um estudo realizado em uma população para outras populações; permite difundir os resultados do estudo a outros contextos ou situações mais amplos ou, a uma população maior. Entretanto, a generalização não é automática. A teoria precisa ser primeiramente testada através de replicações das descobertas, para que num segundo momento, a teoria especifique que os mesmos resultados possam ocorrer. Além da replicação é necessária a aceitação dos resultados, por um número expressivo de pessoas.

No estudo de caso múltiplo a validade externa fundamenta-se no confronto da configuração empírica de vários casos a um quadro teórico particular, para verificar a ocorrência de replicação dos resultados de um caso para o outro. O recurso da réplica determina que cada um dos casos seja uma entidade única, submetida a uma análise

particular e contínua. Neste tipo de estudo há uma maior robustez, pois oferece evidência mais completa do fenômeno a ser estudado. Cada unidade é analisada separadamente, sem reunir os dados obtidos dos diferentes casos.

Para Beaglehole et al (1993) a validade externa requer o controle da qualidade externa da medida e o julgamento sobre o grau pelo qual os resultados de um estudo podem ser extrapolados, embora não exija que um estudo único deva ser representativo de uma população estudada.

O estudo de caso recebe a denominação estudo multicêntrico quando é realizado em diferentes localizações geográficas, permitindo o aumento das amostras e o seu poder de generalização. Ele reforça a validade interna da análise da implantação quando estende a implantação para vários segmentos da população alvo e leva em consideração o viés de seleção além de identificar o efeito de importantes variáveis de intervenção como características e processos organizacionais; a formação e as atividades desenvolvidas pelos atores envolvidos, que varia nas diversas modalidades estudadas. Este tipo de estudo também fortalece a validade externa, permitindo que os gerentes do programa implantem o modelo em outras unidades sanitárias (Mowbray & Herman, 1991).

Embora tivéssemos a pretensão em validar este estudo não foi possível estudar sua validade.

1.4. AVALIAÇÃO E DESENHOS DE PESQUISA AVALIATIVA

Numa abordagem recente uma intervenção pode sofrer uma avaliação do tipo *pesquisa avaliativa* que é elaborada a partir de um conhecimento científico que busca estudar cada um dos componentes da intervenção, em relação a normas e critérios que podem advir de uma pesquisa, seja avaliativa ou não. É o procedimento que permite fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção utilizando métodos científicos. Através do exame de um procedimento científico, a pesquisa avaliativa busca avaliar as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção. É empregado para avaliar a efetividade do programa e seus resultados; medir e demonstrar o impacto do programa e propor futuras ações.

Em uma pesquisa avaliativa podem ser realizadas diversas análises. Para Contandriopoulos et al, 1997 este tipo de pesquisa pode ser dividida em seis diferentes tipos de análise:

- a) *estratégica*: estuda a pertinência da intervenção empregada, isto é a adequação entre a intervenção e a situação problema que deu origem a esta intervenção;
- b) *de intervenção*: analisa a relação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados, isto recursos humanos, atividades desenhadas;
- c) *de produtividade*: analisa o modo de utilização dos recursos em relação aos serviços produzidos;
- d) *dos efeitos*: avalia a influência (eficácia) dos serviços sobre os estados de saúde;
- e) *do rendimento*: analisa os recursos empregados com os resultados obtidos, associando análise de produtividade econômica com análise de efeitos.
- f) *da implantação*: mede inicialmente a influência da variação no grau de implantação da intervenção em diferentes contextos. Posteriormente mede os efeitos da interdependência que pode haver entre o contexto, o ambiente no qual a intervenção está implantada e a intervenção em si. Neste tipo de análise é recomendado o emprego de estudos de casos.

A pesquisa avaliativa, segundo Hartz (1999b), vem sendo criticada por não levar em consideração as modalidades de implantação nos diferentes contextos nem os mecanismos intervenientes associados a esses efeitos.

1.4.1. DOS MODELOS TEÓRICOS AO MODELO LÓGICO

A necessidade de ser utilizada na administração pública uma gestão por resultados, avaliando os efeitos de suas intervenções, levou os países desenvolvidos a passar a adotar modelos teóricos de avaliação, conhecidos como Modelos Lógicos de Avaliação. No Canadá a partir de 1980, passou a ser uma exigência governamental a utilização de modelos teóricos, na construção de um instrumento de avaliação que auxilie os avaliadores na avaliação de programas, seja de implantação, de processo ou de resultados. Para Henness (1995) a importância de um modelo teórico é de tal ordem, que só poderiam ser realizadas avaliações de programas que tivessem claro suas teorias, medidas ou indicadores correspondentes.

A construção de um modelo teórico é a estratégia de operacionalização de um desenho de uma pesquisa científica. Este modelo descreve teoricamente em um quadro, a funcionalidade de um programa através de uma síntese de seus principais componentes. Resume o mecanismo de funcionamento do programa através de uma seqüência de passos unindo o processo aos resultados, levando em consideração a interação dos efeitos de seus componentes com o impacto do referido programa.

Permite também mostrar a infra-estrutura necessária para a operacionalização do programa. Ele denota os princípios que dizem respeito às condições para a sua efetividade e fornecem uma estrutura de referência para avaliações (CDC, 1999).

Para Foulkes, citado por Hartz (1999b), o modelo teórico permite definir previamente não apenas o que vai ser realizado, mas como e quando os objetivos precisam ser alcançados. Para o autor os julgamentos qualitativos baseiam-se em evidências e não apenas na agregação de números como na estatística.

Na construção do modelo teórico, segundo Reynolds (1998), devem ser considerados: “ *a) o problema ou comportamento visado pelo programa, as condições do contexto e a população alvo; b) o conteúdo do programa ou atributos necessários e suficientes para produzir isolada e/ou integradamente os efeitos esperados*”. Esta construção pode originar-se de várias fontes como teorias das ciências sociais, resultados de pesquisas preliminares ou ainda da experiência de avaliadores e gestores. O programa então pode ser tratado na particularidade de cada sub programa ou em sua totalidade, tendo não apenas um único efeito, mas um conjunto de efeitos lógica e hierarquicamente articulados em uma série de “se-então”, associando recursos, atividades produzidas e resultados de curto e longo prazo (Hartz, 1999b).

Um modelo lógico pode ser composto por vários elementos, mas na grande maioria as partes que o compõem são as atividades, os insumos (*inputs*), os produtos (*outputs*) e os efeitos (*outcomes*) imediatos, de médio e longo prazo (Hartz et al, 1997; CDC, 1999). Este modelo permite definir um conjunto de indicadores que compreendam as atividades do programa e seus efeitos esperados. Para cada fase do modelo são construídos indicadores quanti-qualitativos para que os dados e as informações existentes possam ser utilizados de modo sistemático, no ajustamento do conceito em questão. Estabelecer uma relação entre os indicadores e o modelo lógico agiliza o desenvolvimento de pequenas mudanças no desempenho do programa ao invés de empregar uma medida de um único efeito (*outcome*). Como o processo de avaliação é dinâmico, novos indicadores podem ser criados ou podem ser ajustados aos indicadores já existentes (CDC, 1999).

Os indicadores utilizados em uma avaliação são importantes para garantir a credibilidade da informação, por traduzirem os conceitos contemplados no programa, seu contexto e seus efeitos esperados, dentro de uma medida específica que permita sua interpretação. Os indicadores são fundamentos para a coleta de evidências confiáveis e válidas aplicáveis em uma avaliação. A construção do modelo lógico favorece a seleção e aplicação de indicadores múltiplos, na avaliação tanto da implantação, dos efeitos ou

dos resultados de um programa (CDC, 1999). A necessidade de elaborar modelos lógicos baseia-se em considerar a modalidade de implantação em contextos e os mecanismos intervenientes associados a esses efeitos.

Em síntese, pode se dizer que a avaliação é formada de modelos lógicos que possuem uma descrição de problemas, uma análise e um julgamento de valor sobre uma intervenção. Este julgamento não se baseia apenas na realização de uma avaliação normativa que utiliza critérios e normas, mas principalmente é resultante de uma pesquisa avaliativa, que adota métodos científicos para a tomada de decisões.

1.5. A ATUAL AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA HANSENÍASE

Hoje, as avaliações do controle da hanseníase ainda são efetuadas exclusivamente a partir de uma única fonte de dado: a ficha de notificação SINAN. A compilação destes dados é realizada no nível municipal e/ou estadual. Tradicionalmente, o nível local é o gerador de informações embora não as analise e não se aproprie dos resultados obtidos. Quando os dados são consolidados e analisados no nível estadual e/ou federal, os seus resultados dificilmente retornam ao nível municipal (Andrade, 1996).

Os dados de caracterização e acompanhamento dos casos são registrados na ficha de notificação/investigação do SINAN, respectivamente, e subsidiam a construção dos indicadores essenciais recomendados pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) e pela Coordenação Nacional do Programa de Hanseníase/MS/Brasil. Estes indicadores estão agrupados em dois grandes grupos: indicadores epidemiológicos e indicadores operacionais. O grupo de indicadores epidemiológicos é formado por um conjunto de cinco indicadores: a) Coeficiente de detecção anual de casos novos, por dez mil habitantes; b) Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0-14 anos por dez mil habitantes; c) Coeficiente de prevalência por dez mil habitantes; d) Percentagem de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano; e) (Percentagem de curados no ano com incapacidades físicas), considerados como essenciais para a descrição resumida da endemia. Com relação ao grupo de indicadores operacionais, dez indicadores compõem este grupo: a) Percentagem de casos novos diagnosticados no ano que iniciaram poliquimioterapia padrão OMS; b) Percentagem de casos novos diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliada; c) Percentagem de cura entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes; d) Percentagem de casos curados no ano com grau de

incapacidade física avaliada; e) Percentagem de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes; f) Percentagem de abandono do tratamento na prevalência do período; f) Percentagem de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano; g) Proporção de municípios com ações de controle implantados; h) proporção da população coberta pelas ações de controle; i) Proporção de unidades de saúde da rede básica que desenvolvem as ações de controle.

Os indicadores epidemiológicos essenciais são utilizados para medir a tendência secular da endemia e determinar o grau de importância do problema na coletividade, medir a magnitude e estimar a endemia oculta de hanseníase. Também é possível estimar a efetividade do programa.

Os operacionais permitem medir as ações de saúde executadas pela rede de saúde e a qualidade das ações de hanseníase desenvolvidas na área da saúde em todos os seus níveis. Os dados para a construção destes indicadores são em sua grande maioria também são provenientes do SINAN, com exceção dos indicadores: percentagem de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano, proporção de municípios com ações de controle implantadas, proporção da população coberta pelas ações de controle e proporção de unidades de saúde da rede básica que desenvolvem ações de controle (MS, 2000).

Os indicadores coeficiente de prevalência e coeficiente de detecção de casos novos, são construídos em sua grande maioria a partir do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Outros indicadores epidemiológicos e operacionais vêm sendo usados na avaliação e no monitoramento das ações do Programa de Controle da Hanseníase no Brasil. Até 1998, utilizaram-se os 13 indicadores epidemiológicos e operacionais do Controle da Hanseníase na análise do comportamento epidemiológico da endemia no país. A estrutura dos dados até aquele período não permitia a distinção de diferentes áreas do país, nem tão pouco identificava as áreas diferenciadas de risco. Desta forma as diretrizes eram traçadas de modo uniforme para todo o país, não incluindo aspectos singulares e potencialidades locais para o desenho e execução das atividades de eliminação (Andrade, 1996).

A partir de 1998, o Ministério da Saúde adota, os instrumentos do SINAN como fonte exclusiva e oficial de dados para avaliação e o acompanhamento das ações do Programa de Controle da Hanseníase. A ênfase é dada à efetividade do tratamento e ao monitoramento da prevalência da doença.

A fragilidade das informações advindas do SINAN, atualmente não permite uma análise criteriosa e detalhada dos dados referentes à hanseníase no Brasil. O mesmo cenário é também observado para as demais doenças de notificação compulsória, que dependem do nível local para alimentação deste sistema de informação. Na hanseníase esta situação é agravada pela cronicidade da doença, que necessita do acompanhamento dos casos, em algumas situações de períodos de até 36 meses. Para o conhecimento da magnitude da doença é preciso que os municípios implantem um sistema de acompanhamento e monitoramento da alimentação do sistema pelo nível local.

É preciso lembrar que embora o SINAN seja um sistema de informação, o mesmo ainda não permite avaliar a tendência secular da endemia e o seu impacto, ou a eficiência do programa. A construção dos indicadores básicos do Programa de Hanseníase utilizando o SINAN permite avaliar de forma simplista a implementação as ações programáticas de diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades físicas e vigilância de contatos na rede básica de saúde. Para avaliar as ações de educação em saúde, um dos componentes do programa, a cobertura populacional e de serviços com ações implantadas, da eficiência do serviço, é preciso lançar mão de outras informações.

Além do instrumento nacional de avaliação, outros instrumentos vêm sendo utilizados para avaliação do programa de hanseníase tanto no aspecto epidemiológico como no operacional da estrutura organizativa do sistema de saúde, considerando o processo da implantação e implementação das ações e dos serviços de saúde dos estados e municípios do país.

Um exemplo é o *Leprosy Elimination Monitoring* (LEM). Trata-se de um instrumento proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com objetivo de coletar um número de indicadores que possam descrever o desempenho dos serviços de Poliquimioterapia (PQT) nos níveis periférico (local), (regional e nacional dos países endêmicos). O LEM permite avaliar o acesso e a cobertura da atenção aos portadores de hanseníase nos serviços de saúde e descrever o desempenho dos serviços de saúde com atividades de hanseníase implantada. Ele também emprega as informações do SINAN na construção dos seus indicadores.

O termo "serviços de PQT", empregado pela Organização Mundial de Saúde, engloba várias atividades tais como: diagnóstico, classificação, prescrição do tratamento, adesividade do paciente ao tratamento e alta da PQT (cura). Estas atividades compõem a rotina a ser desenvolvida na rede básica do Brasil. A aplicação do LEM permite avaliar a extensão e a qualidade dos serviços de PQT nos níveis estadual e local, para identificação de problemas (WHO, 1996). Deve-se destacar a importância dessas

informações para a gerência do programa, acompanhamento e análise de impacto das mesmas na eliminação da hanseníase no nível local.

Indicadores-chave resultantes do LEM foram construídos para monitorar a eliminação da hanseníase em todos os níveis. Estes indicadores estão agrupados em três grandes grupos:

Grupo 1- Indicadores de suprimento de PQT: Proporção de pacientes tratados com PQT; Proporção de unidade de saúde e municípios que fornecem PQT; disponibilidade de PQT; qualidade dos *blisters* (cartela); necessidade de PQT estimadas.

Grupo 2- Os indicadores de cuidado ao paciente são divididos em 3 sub grupos: monitoramento, acesso e acompanhamento de tratamento. O monitoramento do diagnóstico de hanseníase é avaliado por cinco indicadores: Proporção de casos novos detectados com grau de incapacidade II; tempo médio entre o início da doença e o diagnóstico; proporção de menores de 15anos; proporção de casos Multibacilares; proporção de lesões únicas. O acesso aos serviços de PQT é medido pelos indicadores: distância média percorrida pelo paciente; custo estimado para o paciente; flexibilidade no fornecimento da PQT. O acompanhamento do tratamento, composto por três indicadores: taxa de cura, taxa de abandono e proporção de pacientes que continuam em tratamento após completar a dose fixa.

Grupo 3 – Compõem este grupo os indicadores de eliminação divididos em dois outros sub grupos. O primeiro sub-grupo é Prevalência (número absoluto e os seguintes coeficientes: prevalência registrada, prevalência após aplicação de definições padronizadas, tendência da prevalência nos últimos 5 anos). O segundo sub grupo, detecção (número absoluto e coeficientes) é composto de: tendência da detecção nos últimos 10 anos, tendência da detecção de casos multibacilares (MB) e tendência da detecção em menores de 15 anos.

Mesmo tendo sido o instrumento do LEM aplicado em sete Unidades Federadas do Brasil, o mesmo é de domínio da Organização Pan-Americana de Saúde, não estando, portanto, acessível aos técnicos responsáveis pela hanseníase nos estados e municípios que queiram aplicá-lo.

Outro instrumento de avaliação que subsidiou este estudo foi o instrumento da Avaliação Independente da Índia, composto por: Formulário do Perfil da Hanseníase no Município (1); Formulário do Perfil da Hanseníase na Unidade de Saúde (2); Formulário de Validação dos Dados do Paciente (3); e através de entrevistas a serem aplicadas as Autoridades Municipais de Hanseníase (4), Autoridade Médica da Unidade de Saúde (5), Trabalhadores de Saúde (6), Membro da Comunidade (7).

A avaliação do programa de hanseníase no Brasil utilizando apenas os instrumentos oficiais, ou seja, o instrumento de Avaliação Nacional da Hanseníase/MS e o LEM embora sejam importantes, não atendem as reais necessidades do Programa na definição de medidas de intervenção que viabilizem e acelerem o processo da redução da doença, ao nível proposto. Para tal, torna-se necessário à elaboração de um modelo lógico de pesquisa avaliativa que permita realizar o exame de um procedimento científico que busque avaliar as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção (Hartz, 1997).

A avaliação aqui discutida baseia-se não somente na identificação e aplicação de critérios defensáveis para determinar o preço ou mérito do objeto avaliado (Worthen, 1997), mas fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção (Hartz et al, 1997), através de um procedimento científico, a pesquisa avaliativa. No desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa é necessária a definição precisa de um modelo lógico, dos critérios a serem empregados e de uma meta avaliação.

A construção do modelo lógico que relacione implantação do programa com a proposta de descentralização das ações de controle das doenças endêmicas no país devem necessariamente discutir a transformação de suas diretrizes políticas em categorias operacionais e desenvolver uma arquitetura lógica que as articule com os componentes de cada programa. Isto implicou na construção de um modelo lógico que destaque em sua matriz descritiva os níveis de descentralização do programa, em sua matriz de análise os critérios (padrão) comparativos pelos quais a intervenção será analisada e, finalmente, a matriz de julgamento categorizando o município por níveis de autonomia alcançada e sua relação com os componentes do programa. Neste estudo, como posteriormente discutido, privilegiou-se a categoria autonomia de gestão, considerando-se que sua dimensão política, financeira, administrativo/gerencial e técnica é fundamental para a sustentabilidade de ações locais eficientes.

CAPÍTULO 2

2. O PROCESSO DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS DE HANSENÍASE

2.1. DESCENTRALIZAÇÃO E SUAS CONCEITUAÇÕES

Várias são as interpretações adotadas acerca do significado da palavra descentralização. Descentralização é um processo ao qual o nível superior transfere para o nível de decisão-execução o poder operativo juntamente com o suporte de recursos necessários (Mills, 1990).

Segundo Mello (1991) a palavra descentralização vem sendo empregada como sinônimo de desconcentração, dispersando física e territorialmente as instituições localizadas na esfera central. Desconcentração é um processo administrativo pelo qual as atividades até então centradas em uma área, são transferidas para áreas periféricas, utilizando tanto critérios funcionais como espaciais. Muitas vezes a desconcentração é confundido com descentralização administrativa por ter esta última um cunho político-jurídico. A descentralização não significa apenas transferência de poder aos municípios, mas a capacidade de exercê-lo.

Embora o conceito de descentralização tenha sido assumido na Reforma Sanitária Brasileira um caráter político-administrativo, hoje a atenção básica do Sistema Único de Saúde assume a descentralização como a atenção prestada à população pelos serviços de saúde da esfera municipal no (MS, 2000).

A heterogeneidade político e social dos setores que a defendem e a multiplicidade de significações, nos leva a apresentar alguns conceitos da descentralização.

Para Funiss (apud OPS,1990:16) *“descentralização pode significar a transferência da autoridade sobre empresas públicas desde funcionários políticos a uma junta relativamente autônoma; o fomento de aportes econômicos regionais aos esforços nacionais de planejamento; a transferência de funções administrativas, ou seja, na direção descendente da hierarquia, especialmente ou por problemas; o estabelecimento de unidades legislativas de menor tamanho; ou a transferência de responsabilidade a órgãos legislativos sub-nacionais, ascensão do controle por mais pessoas dentro de uma empresa economicamente produtiva, a esperança de conseguir um mundo melhor mediante uma participação individual mais intensa.”*

Segundo Mill (1990) existem quatro tipos distintos de descentralização, que demonstram tanto os diferentes graus do poder governamental bem como os diversos critérios de descentralização, baseados na aplicação em diferentes contextos políticos: *devolução, desconcentração, delegação e privatização*. Cabe destacar a existência de outros fatores que influenciam o grau de autonomia como a capacidade de mobilização do apoio político, o controle de recursos, a legitimidade das funções assumidas, o tom dos regulamentos e normas e a expectativa de trabalho, desfrutados pelos órgãos locais (Mills,1990). Este aspecto será aprofundado ainda neste capítulo, na discussão sobre autonomia.

Para este autor *devolução* é entendida como a criação ou o fortalecimento de níveis sub-nacionais de governo, comumente chamados de governo local ou autoridade local, que possuem uma autonomia em relação ao governo central com respeito a um conjunto de funções bem definidas. Este nível, além de ter reconhecido suas fronteiras geográficas, possui uma personalidade jurídica clara, autoridade estatutária para conseguir fundos e incorrer em gastos, e a concessão de várias funções. Nos países desenvolvidos este modelo de descentralização pode ser empregado na área de saúde, requerendo uma importante participação financeira do Estado e uma cooperação entre as autoridades locais na prestação de serviços mais especializados (Mill, 1990).

Já *desconcentração* para o mesmo autor, é a transferência de certo grau de autoridade administrativa aos escritórios ou oficinas locais do governo nacional. Este é o tipo de descentralização, mais empregado pelos países em desenvolvimento. É considerado o mais moderado, por implicar na transferência de autoridade administrativa, mas não da autoridade política. Ela pode ser dar de forma vertical ou integrada. Na forma vertical de administração local a responsabilidade do ministério é atribuída ao pessoal local, podendo haver um coordenador que articule com as diversas organizações ministeriais locais para que as mesmas não acham independentemente. Na desconcentração integrada um representante dependente do governo central (ministérios do interior ou de administração local) assume a responsabilidade por todas as questões rotineiras, ficando para o órgão central a responsabilidade de supervisão técnica. De acordo com o tipo de governo este representante pode ser o prefeito ou governador. Na saúde este modelo pode dar-se pela fusão dos serviços de saúde do governo central e local dentro de uma nova organização distrital, permitindo um melhor planejamento e gestão dos serviços de saúde, de acordo com um critério de integração no distrito. (Mills, 1990).

Por último, a delegação é a transferência de responsabilidades administrativas, para organizações que não fazem parte da estrutura central do governo (paraestatais) mais sendo, no entanto, indiretamente controladas por ele. Mesmo tendo estas organizações liberdade para exercer suas funções e deveres específicos, a responsabilidade ainda continua sendo do governo (Mills, 1990).

O Projeto da Reforma Sanitária que já vinha discutindo a descentralização desde a década de 1960, propôs a adoção do planejamento e da administração dos serviços de saúde, a partir de bases epidemiológicas e de modelos organizacionais já adotados anteriormente por organismos internacionais. Foram também assumidos pelo Projeto os conceitos de integração, hierarquização e regionalização (Campos, 1991).

Segundo Gawryszewski (1993) para que ocorra efetivamente a descentralização, isto é a distribuição do poder, é necessário aumentar a capacidade de autonomia local e o controle pela participação social. O modelo de descentralização empregado tem influencias sobre a autonomia que uma organização sanitária possa exercer no nível local, não determinando, entretanto a relação entre o nível central e a periferia.

2.2. A DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENIASE

2.2.1. NO BRASIL

O Brasil é o segundo país do mundo em número absoluto de casos, perdendo apenas para a Índia. Nas Américas o país lidera a primeira posição em termos de prevalência e detecção de casos novos. Até o final do ano 2000 o registro de casos no Brasil era de 77.676 casos com um coeficiente de prevalência de 4,68/10.000 habitantes, considerado nível médio de endemicidade de acordo com os critérios da OMS. A maior taxa de prevalência ocorreu no estado de Mato Grosso (27,70/10.000 habitantes) enquanto que a menor coeficiente foi no Rio Grande do Sul (0,41/10.000 habitantes). O coeficiente de detecção de casos novos no ano de análise foi de 2,41/10.000 habitantes, com uma taxa variando de 14,75/10.000 habitantes no Mato Grosso e de 0,19/10.000 habitantes no Rio Grande do Sul. Em todo país foram detectados 41.082 casos novos (MS, 2001).

A discussão sobre a descentralização das ações de controle da hanseníase nos municípios do país teve início em 1985, no bojo da reestruturação do sistema de saúde. Com a prioridade dada ao Programa de Hanseníase pelo Ministério da Saúde, através da

Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNEPS), novas estratégias foram elaboradas, com o objetivo de aumentar a cobertura e a melhoria da atenção ao portador de hanseníase. Até então a assistência a esse grupo de doentes era oferecida nas unidades estaduais de saúde, instaladas em alguns municípios.

Nas grandes discussões e mudanças que vinham ocorrendo na política de saúde, a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária elaborou os “Projetos de Intervenção para o quinquênio 1986-1990”. Esses projetos, preparados sob a perspectiva da reforma sanitária, foram dirigidos à descentralização e integração do programa na rede de serviços de saúde, à implementação e sistematização de todas as ações de controle, de acordo com a complexidade dos serviços de saúde, com o apoio dos organismos internacionais (MS, 1988). Foi aproveitado o momento político para implantar/implementar o tratamento poliquimioterapia nas unidades de saúde, de acordo com a proposta da Organização Mundial de Saúde.

Os avanços do processo de descentralização da gestão, do financiamento e da execução de políticas do Sistema Único de Saúde, ocorrido nos últimos quinze anos, constituem na maior reforma do aparelho do estado brasileiro. Com objetivo de agilizar e monitorar a política de saúde brasileira, em 1993 foi criada a Norma Operacional Básica - SUS 01/93 (Portaria do Ministério da Saúde nº 545) que determina as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, bem como estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde para as esferas municipais.

Com a introdução do modelo de descentralização da gestão da assistência de saúde à população em 1998, são alocados recursos financeiros específicos para o custeio das ações básicas de saúde pautada em base populacional dos municípios, o Piso de Atenção Básica (PAB) (MS, 1997). A cobertura de municípios habilitados pela NOB/SUS/01/1996 é hoje na ordem de 98%.

A inserção das atividades de eliminação da hanseníase (diagnóstico de suspeitos e de casos e do tratamento) nas demais ações da Atenção Básica através do PAB (Piso de Atenção Básica), além de aumentar o acesso da população a estes procedimentos, vem permitindo uma maior participação de profissionais generalistas na assistência dos portadores desta doença. Esta inserção pode se dar nas unidades das redes municipais de saúde, contando com o apoio do Programa da Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), universalizando o acesso da população ao diagnóstico e ao tratamento da hanseníase (Andrade, 1999a). O acesso da população a estas ações programáticas aqui trabalhadas fundamenta-se nas dimensões propostas por

Pinault (1988) da disponibilidade, funcionalidade, acessibilidade econômica e aceitabilidade. Espera-se como resultado da aplicação desta intervenção a redução da prevalência no índice proposto pela OMS.

Para que os municípios atinjam a meta proposta até 2005, é preciso que estes tenham autonomia e vontade política para descentralizar as ações de eliminação para toda a rede básica de saúde, com destaque ao Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Esta autonomia concedida pela NOB/96 (Brasil, 1996) em primeira instância, delega aos municípios a responsabilidade pela atenção básica a saúde.

Embora a lógica do modelo de atenção básica permita a integração da hanseníase no conjunto de ações de saúde, observam-se grandes disparidades na atenção à saúde, oferecidas nos municípios do país no que se refere às ações programáticas de hanseníase. A não compreensão de que a hanseníase deva estar integrada a todo o conjunto de ações básicas de saúde, e não exclusivamente aos Programas de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, resulta em uma baixa cobertura de unidades de saúde com programa implantado, inviabilizando o acesso da população a este tipo de assistência. Destacam-se ainda como problemas: a) a dificuldade dos profissionais da rede básica de saúde, com destaque ao profissional médico assumirem a doença como um agravo da atenção básica. A hanseníase ainda é considerada uma especialidade médica. b) a solicitação rotineira do exame bacteriológico e/ou do histopatológico para a confirmação do diagnóstico; c) não disponibilidade da medicação em todas as unidades de saúde. (Andrade, 1999a).

Para reverter este quadro, uma nova abordagem é instituída no Brasil para que as ações do programa de hanseníase possam chegar a qualquer localidade. Esta abordagem baseia-se em três fundamentos: a) descentralização do tratamento com qualidade; b) desenvolvimento de um amplo programa de treinamento de profissionais de saúde na efetivação do diagnóstico e do tratamento dos casos; c) divulgação de uma nova imagem da doença por meio da divulgação de material de informação à comunidade.

Para operacionalizar esta abordagem, uma estratégia inovadora é então elaborada pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em colaboração com o Ministério da Saúde – Área Técnica de Dermatologia Sanitária, da sociedade civil representada pelo do Movimento de Reabilitação das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Um Grupo Técnico (GT/Hansen/CONASEMS) é assim criado pelo CONASEMS no final de 1998, com o

papel de buscar soluções práticas no aproveitamento da estrutura e da capacidade instalada da rede de saúde dos municípios para promover uma maior equidade em saúde à população (Andrade, 1999a; OMS, 2001). Esse grupo tarefa atuou junto aos gestores municipais de saúde, apoiando-os na descentralização do diagnóstico e tratamento, no desenvolvimento de uma política de capacitação de recursos humanos em hanseníase, no aperfeiçoamento do sistema de informação e na divulgação de materiais de informação. (CONASEMS, 1998).

Para agilizar e efetivar este processo é elaborado um projeto de apoio, financiado pela OMS, para viabilizar a atuação dos membros do GT/Hansen, que tem uma missão de caráter político, de mobilização dos gestores de todos os níveis da administração nacional dos serviços de saúde na redução da doença em suas localidades.

De fevereiro de 1999 a agosto de 2001 o GT/HANSEN/CONASEMS mobilizou os Secretários Estaduais de Saúde, os Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e/ou as Coordenações Estaduais do Programa de Hanseníase de 14 estados, na inserção da estratégia de aceleração da eliminação da hanseníase como uma das prioridades políticas, assumindo formalmente a descentralização das atividades de suspeição, diagnóstico e tratamento PQT na rede básica de saúde de seus municípios. O envolvimento direto dos gestores municipais de saúde na efetivação desta estratégia, responsabilizando-se pela reversão da hanseníase como um problema de saúde pública, é primordial para a efetivação desta estratégia. (Andrade, 1999a).

Nos estados do Ceará, Minas Gerais, Pará, Piauí e Tocantins a iniciativa de desencadear esse processo foi dos gestores estaduais de saúde e dos COSEMS, com mostra o quadro abaixo. Nos estados do Amazonas, Bahia e Rio de Janeiro além dos Secretários Estaduais os gestores municipais de saúde de Sobral, São Gonçalo, Juazeiro, Petrolina, Santarém, Vitória da Conquista e Jequié também acataram a proposta. Em Pernambuco e Bahia a introdução da proposta partiu das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES).

QUADRO 1: Meta atingida de descentralização dos estados de atuação do GT/HANSEN/CONASEMS

Estados e/ou município data do acordo e ou participação efetiva do GT/HANSEN/CONASEMS	N. municípios	Meta atingida de descentralização (agosto de 2001)
Estado do Tocantins – Fevereiro 1999	139	> 88% dos municípios com pelo menos 1 unidade de saúde com <i>diag+PQT</i>
Estado de Minas Gerais – agosto 1999	853	Sem informações atualizadas
Estado do Piauí – Setembro 1999	222	> 97% municípios com pelo menos 1 unidade de saúde com <i>diag+PQT</i>
Estado do Pará – março 1999 e maio 2000	143	Sem informações atualizadas
Estado do Amazonas – setembro 1999 e maio 2000	62	Sem informações atualizadas
Estado do Acre, Amapá e Roraima – Maio 2000	22+ 16+15	Sem informações atualizadas
Estado de Rondônia – Maio 2000	52	> 75% municípios
Estado do Rio de Janeiro – janeiro 2000 e fevereiro 2001	92	> 100% dos municípios com pelo menos 1 unidade de saúde com <i>diag+PQT</i>
Estado do Ceará – junho 2000	184	Sem informações atualizadas
Estado da Bahia – outubro 2000 e janeiro a março de 2001	417	Sem informações atualizadas
Estado do Rio Grande do Sul – julho 2001	497	< 15 % dos municípios

Fonte: GT/HANSEN/CONASEMS

Na análise do Quadro 1 é possível afirmar que a descentralização das ações de hanseníase ocorreu nos estados do Tocantins, Piauí e Rondônia. No Rio de Janeiro a meta de cobertura de municípios com ações programáticas implantadas foi alcançada em agosto de 2001, com 100% dos municípios oferecendo à população o diagnóstico e o tratamento de hanseníase, em pelo menos uma unidade de saúde. No Acre, Amapá, Pernambuco, Rondônia, Roraima e Rio Grande do Sul algumas iniciativas municipais isoladas decidiram expandir a proposta de aceleração de eliminação. Os secretários municipais de saúde de Belém, Palmas, Fortaleza, Manaus, Teresina e Salvador, capitais de unidades federadas, comprometeram-se pessoalmente a implementar a estratégia de desconcentração do atendimento aos casos de hanseníase (Quadro 3).

QUADRO 2: Meta atingida de Descentralização dos municípios de atuação do GT/HANSEN/CONASEMS

Município data do acordo e ou participação efetiva do GT/HANSEN/CONASEMS	Meta atingida de descentralização (agosto 2001)
Município de Palmas – Fevereiro 1999	77% das unidades de saúde
Município de Dom Eliseu	> 80%
Município de Teresina – Setembro 1999 e agosto 2001	70% unidades sanitárias
Município de Belém – março 1999 e maio de 2000	Sem informações atualizadas
Município Manaus – setembro 1999	> 50% das unidades
Município de Santarém – Fevereiro 2000 e maio de 2000	> 90% municípios
Município de Sobral – Abril 1999, outubro 1999, dezembro 2000	100% das unidades sanitárias
Município Fortaleza – junho 2000	> 75% das unidades
Município Salvador - agosto 1999, dezembro de 2000 e março de 2001	> 20% das unidades
Município Vitória da Conquista, Jequié, Municípios da 25ª DIRES da Bahia (Barreiras), Cruz das Almas, Itanhém Bahia – dezembro 2000,	> 50% das unidades
Município de Juazeiro – Bahia - novembro e dezembro de 2000 e abril 2001	> 45% das unidades
Município de Petrolina – Pernambuco – novembro e dezembro de 2000 e abril 2001	100%
Plano de regionalização das ações de eliminação integradas a atenção básica, 29 Municípios da 7ª, 8ª e 9ª DIRES de Pernambuco, 30 mun. da 10ª, 15ª e 28ª DIRES da Bahia e 93 mun. da 11ª, 12ª, 13ª e 14ª DRS – Piauí - abril 2001	Municípios da 8ª DIRES Pernambuco = 80% US 25, 15ª e 28ª DIRES Bahia = < 50% US Piauí = 38% das US
Município de São Gonçalo – junho 2001	Sem informações atualizadas

Fonte: Relatório GT/Hansen/CONASEMS

Em dois anos de atuação, o projeto do CONASEMS, promoveu uma importante contribuição na universalização do acesso da população às atividades de hanseníase em 52% dos municípios do país (2898), com características sócio-econômicas-culturais diferenciadas e grandes desigualdades na prestação de atenção aos portadores de hanseníase. O sucesso na operacionalização desta proposta se deveu também a mobilização de cidadãos que assumiram a eliminação da doença como uma importante causa social (Andrade et al, 2001).

Na avaliação dessa estratégia, tendo como resultado sua efetivação na comunidade Andrade et al (2001) empregou três indicadores: a) compromisso e vontade política do gestor municipal de saúde em assumir a proposta; b) transformação da vontade política em ação, expressa pela descentralização das ações programáticas de diagnóstico e tratamento em um período máximo de 3 meses; c) transformação do compromisso de ação em qualidade - o aumento acentuado do acesso ao diagnóstico e

tratamento, corrigindo a iniquidade do sistema de saúde aos portadores de hanseníase (a ser mensurado pelo Ministério da Saúde).

Observou-se também o compromisso do Governo Federal na adesão da estratégia de Aceleração da Eliminação da Hanseníase. Nas Instruções Normativas, publicadas na Portaria GM/1073 de setembro de 2000, (MS, 2000), a Área Técnica de Dermatologia Sanitária assumiu a descentralização das ações de controle da hanseníase, como a principal diretriz para o alcance da meta de eliminação, expandindo a cobertura de serviços com ações de controle da hanseníase na rede básica de saúde.

Com a adesão do Ministério da Saúde através dos Programas da Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, dos coordenadores estaduais dos Programas de Dermatologia Sanitária e dos membros da Federação Internacional das Associações Anti-Hanseníase, é criada a Aliança Nacional para a Eliminação da Hanseníase, sob a liderança do Programa Nacional de Hanseníase.

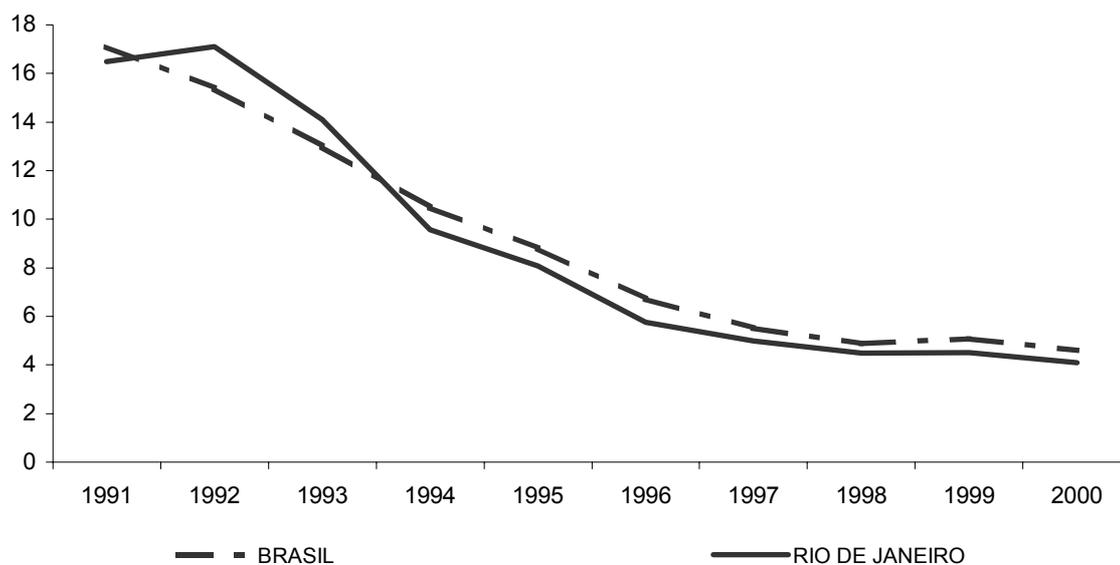
Um novo plano, o Plano Nacional de Mobilização para a Eliminação da Hanseníase é então lançado em novembro 2001, objetivando melhorar o acesso da população aos serviços de hanseníase e evitar a instalação de seqüelas físicas em crianças, decorrente da doença. O efetivo envolvimento dos órgãos governamentais das três esferas de governo, da sociedade civil, Organizações não Governamentais, cumprindo o acordo firmado na Aliança Global para a eliminação da hanseníase, levará a redução da doença no país.

2.2.2. NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O estado do Rio de Janeiro vem nos últimos anos apresentando um perfil endêmico de hanseníase semelhante ao Brasil tanto no que se refere ao coeficiente de prevalência como ao coeficiente de detecção de casos novos. As figuras 1 e 2 apresentam claramente as similaridades na tendência da endemia, expressa pelas curvas de taxas de prevalência e de detecção de casos novos entre o Brasil e o estado do Rio de Janeiro na série histórica 1991 a 2000. Observa-se na figura 1 que em todo o período de análise as taxas de prevalência estiveram bastante próximas: no ano de 1991 a nível nacional foi de 17,1/10.000 e no estado do Rio de Janeiro de 16,5/10.000 habitantes. No ano 2000 a curva de tendência da referida taxa tanto no Brasil (4,68/10.000 habitantes) como no estado do Rio de Janeiro (4,10/10.000 habitantes) manteve o mesmo padrão endêmico, com quatro vezes mais o número de casos da doença do parâmetro de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, definidos pela OMS, isto é,

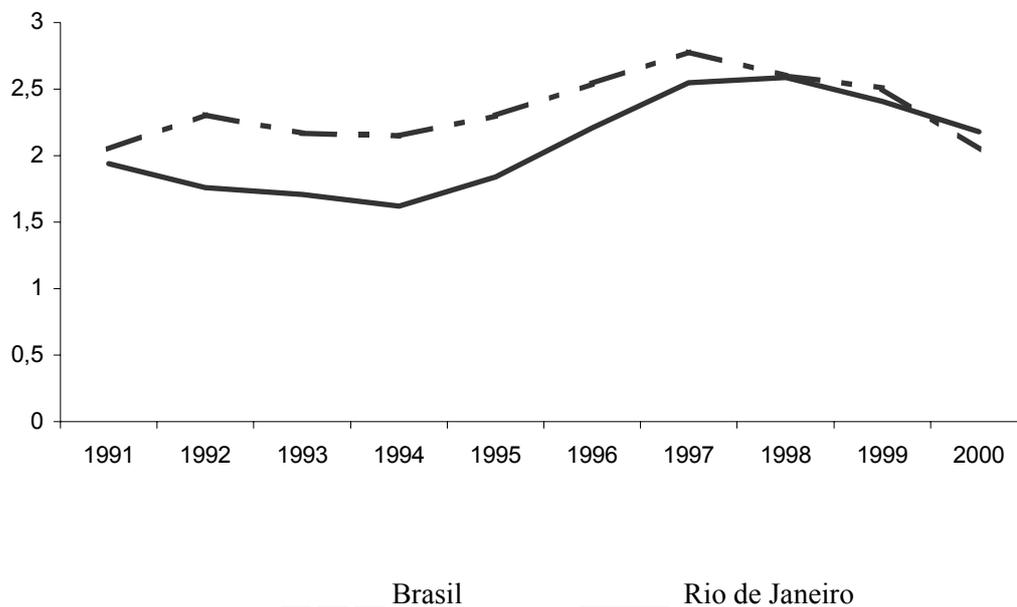
um coeficiente de prevalência maior que um caso em cada 10.000 habitantes (OMS, 1991).

Figura 1
Coeficiente de Prevalência de Hanseníase na série histórica 1991 a 2000
Brasil e estado do Rio de Janeiro



Os dados epidemiológicos de hanseníase referentes à detecção de casos novos apresentados na figura 2 mostram a manutenção de uma alta endemicidade (maior 1/10.000 habitantes) em ambas as áreas. Na série histórica 1991-2000 verifica-se o mesmo coeficiente de detecção nos anos 1991 e 2000 de 2,05/10.000 habitantes no Brasil, respectivamente. O ano de 1996 foi o ano que o Brasil apresentou o maior índice de incidência, 2,54/10.000 habitantes, decorrente provavelmente da melhoria da qualidade da informação. No Rio a variação foi de 1,94/10.000 habitantes (1994) a 2,18/10.000 habitantes em 2000. A maior taxa de detecção de casos novos observada no período, foi no ano de 1998, quando foi realizada a Campanha de Eliminação da Hanseníase-LEC em 35 municípios do estado, elevando o coeficiente de detecção de 2,59/10.000 habitantes.(MS, 2000; SERJ, 2001). Apesar de nos últimos cinco anos observar-se uma estabilização deste indicador em torno de dois casos em cada dez mil habitantes, o mesmo confirma a manutenção da doença em ambos os grupos analisados.

Figura 2
 Coeficiente de Detecção de Casos Novos de Hanseníase na série histórica 1991 a 2000
 Brasil e estado do Rio de Janeiro



O Programa de Controle de Hanseníase do estado do Rio de Janeiro existe desde 1945, com a implantação do tratamento ambulatorial com Dapsona na rede estadualizada de saúde. Durante muito tempo a natureza do programa foi vertical, com oferta de serviços especializados em dermatologia sanitária. Até 1970 a detecção de casos novos era realizada exclusivamente por demanda passiva, ou por encaminhamento feito por outros serviços de dermatologia que não atendiam os portadores da doença. O tratamento era oferecido somente em serviços especializados (ambulatórios de dermatologia sanitária), os centros de saúde. Até então, somente nos municípios do Rio de Janeiro (22), Niterói (4) e São Gonçalo (2) o atendimento a esta demanda específica, não se restringia a apenas uma única unidade de saúde. Nos demais municípios do estado do Rio de Janeiro, a população só tinha acesso a uma única unidade sanitária.

Em 1986, com a introdução do tratamento PQT/OMS, inicia-se uma nova fase no controle da Hansen no estado. É elaborado o Projeto PQT Rio de Janeiro, que tinha como objetivo implantar o tratamento em todos os centros e postos de saúde que já vinham atendendo esta demanda específica, que naquele momento era de 57,4% do total de unidades sanitárias existentes. Outro objetivo era expandir a cobertura de municípios que na época era de apenas 54,5% (MS, 1986). Investimentos foram feitos na organização das atividades de assistência ambulatorial e na capacitação de recursos

humanos da rede de saúde, que contou com o apoio financeiro da Organização Não Governamental, American Leprosy Mission. Esperava-se com o desenvolvimento deste projeto, além de interromper as fontes de infecção existentes pela eficácia deste regime terapêutico, oferecer uma assistência mais humanizada e reduzir o número de pacientes em abandono de tratamento (SESRJ, 1986).

Verifica-se no final da década de 1990 que a cobertura de municípios com oferta de atendimento em hanseníase era de 84% (59/70), centrado em sua grande maioria em uma única unidade sanitária, tendo uma parcela da população que se deslocar até os municípios vizinhos. Somente nos municípios do Rio de Janeiro (22), Niterói (4) e São Gonçalo (2) havia uma oferta maior de atendimento a esta demanda específica.

Com o objetivo de incorporar a hanseníase no elenco das ações de Atenção Básica, definido no PAB/SIA/SUS, a partir de 1998 o estado do Rio de Janeiro direcionou sua atuação, iniciando uma discussão junto aos gestores municipais de saúde de três regiões do estado (Metropolitana, Médio Paraíba e Serrana), para motivá-los na adoção da assistência aos portadores de hanseníase na rede básica de saúde, com destaque no PSF e PACS. Naquele momento foi então definida pela Coordenação Estadual do Programa de Hanseníase a estratégia de descentralizar o diagnóstico e o tratamento em dezessete municípios recém emancipados e, no mínimo, em uma unidade sanitária de cada distrito municipal. Durante dois anos foram realizados treinamentos para médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários para a execução das tarefas nas unidades básicas de saúde de cada município (SESRJ,1998).

Apesar do esforço do estado e de alguns municípios em operacionalizar esta estratégia de eliminação, no final de 1999 a cobertura de unidades básicas de saúde com atividades de diagnóstico e tratamento da hanseníase implantada eram de apenas 19,5%. A causa desta baixa cobertura foi provavelmente decorrente de problemas na estrutura e organização da rede de saúde e no baixo envolvimento dos profissionais médicos generalistas na efetivação das ações programáticas de hanseníase, inclusive do PSF. A grande maioria de técnicos desta categoria no estado tem formação de especialistas.

A ineficiência do sistema de informação, associada a pouca confiabilidade das informações tem dificultado o conhecimento da área de trabalho, a monitoração, a supervisão e a avaliação do Programa de Hanseníase. A pouca resolutividade do sistema de Informação de Notificação de Agravos – SINAN na agilização dos dados associados à ineficiência das redes municipais na alimentação contínua e sistemática, dificultam a análise estratificada da hanseníase no estado. Outro obstáculo é a não utilização do Sistema de Informação Ambulatorial SIA/PAB/SUS, como fonte complementar da

vigilância epidemiológica dessa endemia (SESRJ, 2000; DATASUS, 2001).

O estado do Rio de Janeiro, através da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais – COSEMS-RJ decidem a partir do ano 2000, direcionar suas ações para eliminar efetivamente a hanseníase no estado. É então elaborado o Plano de Aceleração da Eliminação da Hanseníase do estado do Rio de Janeiro (SESRJ, 2000), cujas diretrizes e estratégias elaboradas, fundamentando-se nos elementos propostos pelo GT/Hansen/CONASEMS:

- A descentralização do diagnóstico e do tratamento, facilitando o acesso da população a um tratamento de qualidade;
- Um programa amplo de capacitação de técnicos, de forma que, bem preparados, possam efetivamente e seguramente diagnosticar, tratar e curar os casos;
- A divulgação de material de informação à população (Andrade, 2000a).

O referido plano tem como meta final diagnosticar todos os casos ocultos da doença, tratar com PQT até a cura todos os casos do registro e reduzir a prevalência no estado do Rio de Janeiro para menos de um caso até 2003.

Um conjunto de atividades vem sendo desenvolvidas pela Secretaria do Estado do Rio de Janeiro, em parceria com o Ministério da Saúde, CONASEMS, MORHAN, Organizações Não Governamentais tais como American Leprosy Mission (ALM) e Netherlands Leprosy Relief (NLR), na operacionalização do referido Plano, como mostra o Quadro 3:

QUADRO 3: Atividades Desenvolvidas na Aceleração da Eliminação da Hanseníase no estado do Rio de Janeiro – agosto de 2001

Atividades desenvolvidas	Data realização	Meta Atingida
Lançamento do Plano de Aceleração do estado do Rio de Janeiro	Fevereiro/2001	100%
Visita aos 92 gestores municipais de saúde para discutir estratégias de eliminação	Marco/agosto/2001	100%
Realização de 32 cursos regionais em hanseníase	Marco/setembro/2001	97%
Distribuição para os municípios de dez mil cartazes sobre a nova imagem da hanseníase	Marco/dezembro/2001	50%
Distribuição de materiais didáticos sobre hanseníase aos profissionais da rede de saúde	Marco/dezembro/2001	100%
Apoio técnico para a realização de cursos municipais em hanseníase	Marco/novembro/2001	-

Relatório SES/RJ

Foram mobilizados todos os gestores municipais de saúde, em reuniões realizadas em cada município do estado. Observou-se a iniciativa de alguns gestores municipais em operacionalizar a descentralização em sua rede de saúde, promover treinamentos municipais em hanseníase e/ou realizar campanhas de divulgação nos meios de comunicação de massa (TV e rádio). Destacam-se os municípios de São Gonçalo, Nilópolis, Armação de Búzios, Cabo Frio, Barra Mansa, Nova Friburgo, Resende.

Em agosto de 2001, todos os municípios já estavam oferecendo a seus municípios o diagnóstico e o tratamento em pelo menos uma unidade de saúde. Entretanto, a cobertura de unidades básicas de saúde com estas ações de eliminação implantadas ainda era bastante baixa, como mostra o Quadro 4.

QUADRO 4: Meta atingida de descentralização dos municípios segundo regiões geográficas do estado do Rio de Janeiro – agosto de 2001

REGIÕES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	Número de unidades básicas de saúde (março 2001)	Meta atingida de descentralização (agosto 2001)
ESTADO	1573	26,3%
METROPOLITANA	553	33,9
NOROESTE FLUMINENSE	122	42,6
SERRANA	297	23,9
MÉDIO PARAÍBA	197	25,4
C. SUL FLUMINENSE	116	30,6
BAIXADA LITORÂNEA	111	14,0
NORTE FLUMINENSE	188	4,4
LITORAL SUL FLUMINENSE	49	7,5

Relatório SES/RJ

Na análise da cobertura de unidades básicas de saúde com ações de hanseníase implantadas, a Região Noroeste Fluminense foi a que mais avançou no processo da descentralização enquanto a Região Norte Fluminense não expandiu em nenhum município a cobertura da hanseníase em sua rede de saúde. A baixa oferta de serviços com diagnóstico e tratamento de hanseníase a população pode ser devido ao inexpressivo envolvimento dos gestores municipais de saúde com a proposta; restrição de horário de atendimento à população usuária dos serviços públicos de saúde; resistência dos médicos generalistas para assumir o atendimento como já discutido anteriormente (SES RJ, 2002).

O progresso no controle da hanseníase que tem ocorrido no Brasil e em algumas unidades federadas, como o estado do Rio de Janeiro nos últimos anos, embora tenha promovido uma redução da prevalência ainda não foi suficiente para sua eliminação. A baixa resolutividade de alguns programas municipais de hanseníase que insistem em oferecer serviços especializados no atendimento a essa demanda, associada à perpetuação de uma imagem negativa da doença na comunidade são obstáculos que precisam ser rapidamente equacionados.

Avaliar os resultados da aplicação de uma intervenção em um programa público de saúde, à luz da capacidade de autonomia do gestor municipal, do conselho municipal de saúde e dos gerentes locais nas dimensões política, financeira, administrativo/gerencial e técnica é um grande desafio. O que se quer mostrar com este

estudo é que a proposta de descentralização dos serviços de saúde só é possível se for garantida a autonomia do nível local e a participação do cidadão.

2.3. NO MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU

Nova Iguaçu, um dos maiores municípios do estado do Rio de Janeiro foi considerado no ano 2000 como o município com maior endemicidade de hanseníase do estado do Rio de Janeiro. Nos últimos dez anos observa-se que a taxa de prevalência por dez mil habitantes reduziu de 14,11 (1993) para 4,10 (2000). O mesmo comportamento endêmico foi verificado no estado do Rio de Janeiro, onde em 1993 a prevalência foi de 14,11 por dez mil habitantes decrescendo para 4,10 por dez mil habitantes em 2000, como demonstra a Tabela 1.

TABELA 1: Distribuição dos casos prevalentes de hanseníase detectados no município de Nova Iguaçu e no estado do Rio de Janeiro segundo o ano de detecção na série histórica 1991 a 2000.

ANO	MUNICÍPIO NOVA IGUAÇU		ESTADO RIO DE JANEIRO	
	PREVALÊNCIA	COEF. PREVALÊNCIA	PREVALÊNCIA	COEF. PREVALÊNCIA
1991	20.704	16,5
1992	21.734	17,1
1993	1.123	14,16	18.439	14,11
1994	870	10,87	12.604	9,56
1995	776	9,62	10.758	8,09
1996	554	6,71	7.718	5,76
1997	501	5,97	6.776	5,00
1998	455	5,35	6.157	4,50
1999	402	4,66	6.224	4,51
2000	447	4,70	5.717	4,10

Embora se observe uma expressiva redução da magnitude da doença nos últimos anos expressa pelo coeficiente de prevalência, no final do ano 2000 o município possuía 447 casos de hanseníase, com 4,7 mais casos que a meta de eliminação definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994).

Na análise descritiva dos dados verifica-se que tanto no nível estadual como municipal, houve uma redução na taxa de detecção de casos novos nos últimos dois anos da série estudada, indo de encontro às expectativas esperadas de um aumento na descoberta de casa decorrente da descentralização do diagnóstico e do tratamento de casos na rede básica de saúde, como mostra a Tabela 2. Em 2000 foram descobertos em Nova Iguaçu 222 casos novos, 16 casos com idade inferior a 15 anos. O coeficiente bruto de detecção de casos novos neste ano foi de 2,54/10.000 habitantes, considerado uma taxa muito alta segundo parâmetro da OMS (muito alto 4,0—|2/10.000

habitantes). A nível estadual este indicador apresentou o mesmo padrão endêmico, com 2,18/10.000 habitantes.

TABELA 2: Distribuição de casos novos de hanseníase detectados no município de Nova Iguaçu e no estado do Rio de Janeiro, segundo o ano de detecção, na série histórica 1991-2000.

ANO DETECÇÃO	MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU		ESTADO DO RIO DE JANEIRO	
	Nº	Coef./10.000	Nº	Coef.10.000
1991	110	0,89	2.489	1,94
1992	88	1,12	2.527	1,76
1993	41	0,51	2.242	1,71
1994	92	1,14	2.146	1,62
1995	125	1,54	2.456	1,84
1996	108	1,30	2.964	2,21
1997	127	1,51	3.457	2,55
1998	254	3,02	3.543	2,59
1999	226	2,98	3.334	2,41
2000	222	2,54	3.040	2,18

As tabelas 3 e 4 mostram um padrão endêmico dos casos detectados no município de Nova Iguaçu semelhante ao apresentado no estado do Rio de Janeiro.

TABELA 3: Distribuição de casos novos de hanseníase detectados no município de Nova Iguaçu e no estado do Rio de Janeiro, segundo a classificação operacional, 1991 a 2000.

CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL	MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU		ESTADO DO RIO DE JANEIRO	
	N	%	N	%
MB	810	58,2	14.536	51,6
PB	583	41,8	13.656	48,4
TOTAL	1.393	100,0	28192	100,0

Na média dos casos novos detectados no período 1991-2000, observam-se diferenças na classificação operacional dos casos, segundo a Tabela 3. Enquanto em Nova Iguaçu o maior número de casos são multibacilares, no estado não há variação entre Multibacilares e Paucibacilares.

TABELA 4: Distribuição de casos novos de hanseníase detectados no município de Nova Iguaçu e no estado do Rio de Janeiro segundo sexo - 1991 a 2000.

SEXO	MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU		ESTADO DO RIO DE JANEIRO	
	N	%	N	%
M	677	48,6	14.200	50,3
F	716	51,4	13.992	49,7
TOTAL	1.393	100,0	28.192	100,0

Finalmente na classificação dos casos segundo o sexo, como mostra a Tabela 4, não foi observado diferença tanto no estado quanto em Nova Iguaçu, uma vez que a proporção de casos diagnosticados foi à mesma entre homens e mulheres.

No final do ano 2000 Nova Iguaçu apresentava uma prevalência de 447 casos em registro ativo. Na análise dos dados realizada neste estudo utilizando o software epi.info 6.03, se observou que um grande número de pacientes já se encontravam em critério de alta, seja por cura (casos que já completaram o tratamento preconizado, de acordo com a classificação operacional), por alta estatística, óbito ou outro motivo de saída do registro. Foi então realizada a limpeza do banco de dados onde foram retirados do registro ativo 46 casos por alta estatística, 141 casos por alta por cura (PB \geq 6 doses e MB \geq 24 doses), 4 casos por óbitos, 3 casos por transferência intermunicipal, 3 por outros motivos). Reduziu-se assim em 30 de junho de 2001, o registro ativo para 250 casos de hanseníase.

Aplicando-se as Normas Nacionais que define como 12 cartelas o esquema de tratamento PQT/OMS para os pacientes multibacilares (MS, 2000), mais 172 casos MB encontravam-se em critério de alta por cura. Soma-se ainda, a saída do registro de mais cinco casos que durante o período de trabalho de campo, concluíram seus tratamentos e de um paciente que foi à óbito neste período e, que continuavam na prevalência. Com a saída destes pacientes, o número de casos em tratamento foi reduzido para 72 casos, levando o município de Nova Iguaçu a atingir a meta de eliminação com taxa de prevalência de 0,82/10.000 habitantes:

QUADRO 5: Situação administrativa dos pacientes registrados no programa de hanseníase. Nova Iguaçu – março de 2001

SITUAÇÃO ADMINISTRATIVA	
REGISTRO ATIVO EM 31/05/2001	447
<i>Controlado</i>	276
<i>Abandono</i>	171
<i>SAIDAS DO REGISTRO ATIVO:</i>	
<i>Alta por cura (PB 6 doses e MB 24 doses ou mais)</i>	141
<i>Alta estatística</i>	46
<i>Óbito</i>	4
<i>Transferência</i>	3
<i>Outros</i>	4
REGISTRO ATIVO EM 30/06/2001	250
<i>Controlado</i>	185
<i>Abandono</i>	65
<i>SAIDAS DO REGISTRO ATIVO:</i>	
<i>Alta por cura (MB - 12 doses ou mais)</i>	172
<i>Cura</i>	5
<i>Óbito</i>	1
REGISTRO ATIVO EM 30/08/2001	72

É preciso que a coordenação de vigilância epidemiológica e/ou a coordenação das ações programáticas de hanseníase estejam atentas a atualização contínua dos dados dos pacientes em tratamento através da planilha de acompanhamento do SINAN/Hansen. O monitoramento das atividades de controle e a supervisão contínua direta ou indireta do registro de dados de prontuários permitem a adoção dos critérios normativos de alta por cura pelos médicos responsáveis pelo tratamento e acompanhamento dos pacientes de hanseníase. É preciso também que semestralmente sejam feitas as limpezas de arquivos, no que se refere a saída do registro ativo por alta estatística, transferências, óbitos e outras saídas.

Os dados finais da análise do banco de dados do SINAN/Hansen de Nova Iguaçu demonstraram que foi possível eliminar a hanseníase apenas com a atualização e limpeza do sistema de informação.

O Programa Municipal de Controle de Hanseníase do município de Nova Iguaçu era desenvolvido no Centro de Saúde Vasco Barcellos, chegando a concentrar na década de 90 até quatro mil casos em tratamento naquele serviço. A inexistência de uma política de saúde pública que priorizasse a desconcentração da atenção aos portadores de agravos transmissíveis, agudos ou crônicos, levou a Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária a realizar naquele município no ano de 1990 um projeto financiado pela Organização Mundial de Saúde (TDR).

As atividades foram voltadas a descentralização do diagnóstico e do tratamento PQT para vinte unidades de saúde. Apesar de todo o esforço despendido pela Secretaria Estadual de Saúde em convencer o gestor municipal sobre a necessidade de descentralizar o atendimento, oferecendo um amplo programa de capacitação de recursos humanos, a atenção continuou a ser prestada somente no Centro de Saúde Vasco Barcellos. O resultado final do Projeto TDR Nova Iguaçu, demonstrou que a autonomia de universalizar o acesso da população às ações programáticas de hanseníase não era técnica, mas política, com o poder de decisão centrado no gestor municipal.

A partir da intensificação das ações programáticas de hanseníase em 1998, através do desenvolvimento de um projeto financiado por Organizações Não Governamentais, a Coordenação Estadual do Programa de Hanseníase do Rio de Janeiro, definiu novas estratégias para descentralizar o diagnóstico e o tratamento da doença nos municípios de três regiões do estado. Nova Iguaçu certamente foi incluído no projeto pela sua alta endemia de hanseníase. Cada distrito dos municípios contemplados no projeto, deveriam oferecer atendimento aos portadores da hanseníase.

Em Nova Iguaçu, município incluído na área do projeto, desconcentrou o atendimento aos casos de hanseníase para cinco unidades básicas de saúde (SESRJ,1997).

Entretanto foi somente a partir do desenvolvimento do Plano de Aceleração da Eliminação da Hanseníase do estado do Rio de Janeiro em março de 2001, que foi reiniciada a descentralização das ações de eliminação para todas as unidades básicas de de Nova Iguaçu. Neste contexto a Secretaria Municipal de Saúde do município decidiu incrementar a oferta de atendimento em hanseníase em sua rede básica. Cabe destacar que sua rede de saúde no final do ano 2000 é formada por trinta e cinco unidades básicas de saúde, três unidades mistas de saúde, nove postos e centros médicos e nove hospitais que disponibilizavam 1614 leitos (NI, 2000).

Neste contexto o número de unidades básicas com ações programáticas implantadas passou de cinco para treze, oito oferecendo apenas o tratamento. Embora as 13 unidades de saúde atinjam a cobertura de 100% da população às ações de hanseníase (de acordo com o parâmetro nacional de uma unidade de saúde com programa implantado para cada 200.000 habitantes), vinte e cinco unidades de saúde não executam os procedimentos de hanseníase de acordo com Piso de Atenção Básica-PAB/SIA/DATASUS (MS, 1998).

A estrutura organizacional da rede pública de saúde do município de Nova Iguaçu, que emprega o modelo de organização burocrático, dificulta a descentralização das atividades de hanseníase na rede básica de saúde. Entende-se como organização burocrática àquela em que os processos administrativos são rotinizados. Estas organizações são planejadas e operadas como máquinas (Morgan, 1996). Para Mintzberg (1995), na burocracia as organizações se apóiam na formalização do comportamento, com pré-determinação dos processos de trabalho.

O modelo vertical e especializado do programa de hanseníase até então adotado pelo gestor municipal, não favorece o acesso da população ao diagnóstico e tratamento, na fase inicial da doença. A verticalização do programa de hanseníase onde o atendimento é centrado no profissional médico com especialidade em dermatologia tem levado os médicos generalistas à não assumirem o atendimento dos doentes de hanseníase na rede básica de saúde.

Tal fato nos leva a concluir que uma cobertura de apenas 15% de unidades com diagnóstico implantado além de torná-la pouco acessível, não permite conhecer a real prevalência da hanseníase naquele município.

Ainda que a assistência aos portadores de hanseníase seja uma responsabilidade legal do município, é premente o envolvimento e a participação das três esferas de

governo e da sociedade civil na implementação de estratégias que acelerem a eliminação, para que a hanseníase deixe de ser considerada um problema de saúde pública.

2.3. AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO BRASIL

O Programa de Controle da Hanseníase é um programa normativo que tem como objetivo reduzir a morbidade da doença para menos de um caso em cada dez mil habitantes. Soma-se a este objetivo a detecção precoce dos casos novos, evitando o transmissão da doença principalmente às crianças e a redução dos danos causados pela doença, as incapacidades físicas e psicossociais.

Na busca de estratégias que possam reverter o quadro endêmico da doença, medidas efetivas de controle devem estar integradas à rede básica de saúde do país, objetivando o aumento do acesso da população aos serviços de saúde e o aumento da cobertura de serviços com diagnóstico e tratamento implantados (MS, 2000).

São cinco as ações programáticas definidas pelo Ministério da Saúde (MS, 2000) para controlar e eliminar a endemia de hanseníase no país: diagnóstico, tratamento, vigilância de contatos, prevenção das incapacidades físicas e educação em saúde, como demonstra o Quadro 6 abaixo. Estas ações, entretanto, não são exclusivas para a rede básica de saúde. Atividades de prevenção e tratamento das incapacidades físicas são desenvolvidas pelos níveis assistenciais primário, secundário (média complexidade) e terciário (alta complexidade). A educação em saúde, pela sua ampla dimensão, além de envolver outras áreas do governo, também conta com a participação da sociedade na difusão de uma nova imagem da doença para a população.

QUADRO 6: Ações de Controle do Programa de Hanseníase. Ministério da Saúde. Brasil. 2000

MEDIDAS DE CONTROLE	AÇÕES	INDICADOR
Detecção de Casos	1. Atenção à população: <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento à demanda espontânea • Busca ativa de casos • Vigilância de contatos 2. Classificação Operacional dos casos: <ul style="list-style-type: none"> • Multibacilar (MB) • Paucibacilar 3. Notificação compulsória do caso na ficha SINAN	<ul style="list-style-type: none"> • Coeficiente de detecção anual de casos novos, por 10.000 habitantes • Coeficiente de detecção anual de casos novos, na população de 0-14 anos por 10.000 habitantes

(Continuação)

MEDIDAS DE CONTROLE	AÇÕES	INDICADOR
Vigilância de contatos	1. Exame físico de todos os contatos intradomiciliares 2. Aplicação de BCG-ID, em duas doses	<ul style="list-style-type: none">• Percentagem de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano•
Tratamento	1. Tratamento Específico PQT/OMS: <ul style="list-style-type: none">• Multibacilar• Paucibacilar• Esquemas Alternativos• Intercorrências (Estados Reacionais)• Situações especiais• Seguimento dos Casos 2. Sistema de Informação: <ul style="list-style-type: none">• Acompanhamento do caso na planilha de acompanhamento SINAN;• Registro do atendimento na planilha do SIAB 3. Controle de medicação: <ul style="list-style-type: none">• Definição pelo MS dos medicamentos a serem utilizados pela rede de saúde• Programação de consumo pelas Secretarias Estaduais• Envio pelo municípios do consumo e necessidades aos estados• Controle e dispensação de Talidomida pela Vigilância Sanitária das Secretarias Estaduais de Saúde• Distribuição de medicação específica e anti-reacionais a todas as unidades da rede pública pelos municípios	<ul style="list-style-type: none">• Percentagem de casos novos diagnosticados no ano que iniciaram PQT/OMS• Percentagem de cura entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes• Percentagem de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes• Percentagem de abandono do tratamento na prevalência do período
Prevenção de Incapacidades Físicas	* Avaliação e registro do Grau de Incapacidade Física no diagnóstico e na cura 1 Prevenção: . diagnóstico precoce dos casos . tratamento das neurites e reações . prática de auto-cuidado 2. Tratamento: . ações simples de prevenção e tratamento por técnicas simples a serem executadas pela rede básica de saúde . ações de médica complexidade a serem executadas por serviços que disponham de recursos adequados . ações complexas, executadas por serviços especializados	<ul style="list-style-type: none">• Percentagem de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano• Percentagem de pacientes curados no ano com incapacidades físicas
Educação em Saúde	<ul style="list-style-type: none">• Deve ser inerente a todas as ações de controle• Produção pelo MS, Secretarias Estaduais e Municipais de material de apoio que subsidiem o processo educativo• Envio de material educativo para os meios de comunicação de massa• * Utilizar como referência as experiências municipais de controle social.	<ul style="list-style-type: none">• Número de campanhas de eliminação realizadas no município no ano

2.4. ESTRATÉGIA DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

Embora tenham ocorrido importantes avanços durante os últimos anos na erradicação e no controle de doenças transmissíveis, agravos como a hanseníase é um dos fatores que tem contribuído negativamente no desenvolvimento sócio-econômico de países como o Brasil. O diagnóstico tardio que produz conseqüentemente a instalação de seqüelas físicas pode agravar ou levar uma importante parcela da população aos processos de exclusão social. Hoje é reconhecido mundialmente que o acesso dessa população aos serviços aptos a diagnosticar, tratar e curar a hanseníase é o único modo de reverter este quadro, no que diz respeito a doença .

O compromisso de eliminar a hanseníase como um problema de saúde pública até o ano 2000 assumido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos estados membros da Assembléia Mundial de Saúde em 1991, levou nos últimos quinze anos a redução da taxa de prevalência na ordem de 90%. Apesar de mais de dez milhões de doentes terem sido curados neste período, a hanseníase ainda é endêmica em 28 países. De acordo com a OMS (WHO, 2001) no final do ano 2000 o número de casos registrados para o tratamento nos cento e quinze países que apresentam a doença foi de seiscentos mil casos. Na distribuição da prevalência segundo as seis regiões geográficas mundiais (África, Américas, Mediterrâneo Oriental, Sudeste da Ásia, Pacífico Oeste e Europa), a maior taxa de casos de hanseníase está no Sudeste da Ásia com 2,9 casos em cada dez mil habitantes, seguida das Américas com 1,0/10.000 habitantes. Neste mesmo ano foram descobertos em todo o mundo 675 mil novos casos da doença com um coeficiente de detecção por dez mil habitantes de 1,19 casos novos. A percentagem de casos multibacilares entre o total de casos novos detectados foi de 39%, levando a pensar que o diagnóstico ainda é realizado tardiamente.

O desafio assumido pelos governos dos países endêmicos para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2005 é o de reduzir a prevalência para menos de um caso em cada dez mil habitantes.

Ainda que a introdução do tratamento Poliquimioterapia no início da década de 1980 tenha produzido grandes mudanças no controle da hanseníase no mundo, levando a uma redução da prevalência na ordem de 80%, são identificados problemas para sua eliminação. A baixa cobertura de serviços com as ações programáticas de hanseníase implantadas, a alta prevalência de casos ocultos especialmente de multibacilares, a manutenção de pacientes em condições de alta no registro ativo e a baixa qualidade do

sistema de informação são os principais obstáculos para a redução da doença (OMS, 1995; OMS, 1996).

Em 1991 os estados membros da Organização Mundial de Saúde, na Quadragésima Quarta Assembléia Mundial de Saúde, declaram promover o uso de todas as medidas de controle, incluindo a descoberta de casos concomitante ao tratamento para eliminar a hanseníase. A data prevista naquele momento para atingir a meta de eliminação foi o ano 2000 (WHO, 1991; OMS, 1995).

Para ampliar a estratégia de eliminação, a OMS recomenda em seu Plano de Ação Global, elaborado em Hanói no ano de 1994, a aplicação de duas novas iniciativas: o Projeto de Ação Especial para a Eliminação da Hanseníase – SAPEL e a Campanha de Eliminação da Hanseníase – LEC (WHO, 1994a; WHO, 1994b).

O SAPEL foi construído com o propósito de atender demandas específicas: pacientes residentes em áreas de difícil acesso, grupos populacionais discriminados, minorias étnicas, nômades ou pacientes que anteriormente nunca receberam o tratamento. Já o LEC tem como objetivo diagnosticar e tratar os pacientes dos países com alta endemia da doença, principalmente os bacilíferos. Este tipo de campanha é uma iniciativa com tempo limitado e uma ação pontual, envolvendo o máximo de trabalhadores possível, cobrindo uma população relativamente alta (WHO, 1996).

Estas duas estratégias possuem elementos estruturais bastante semelhantes: a) promoção de conhecimento, mobilização e participação da comunidade na descoberta de casos e no tratamento; b) inovação de ações adaptadas à cultura e recursos locais, para a descoberta e cura dos casos; c) preparação dos trabalhadores do nível local de saúde e comunidade com a intenção de estabelecer serviços de PQT sustentáveis (WHO, 2001).

Apesar de todo o esforço empreendido pelos países endêmicos na última década, no ano 1998 a hanseníase ainda era considerada um problema de saúde pública em 28 países, com uma taxa de prevalência em torno de 1,25 em cada dez mil habitantes. Para reverter este quadro, em 1999 é formada uma Aliança Global pelos representantes dos países endêmicos em hanseníase, Organização Mundial de Saúde, Fundação Novartis e a Fundação Nippon, para juntos centrarem esforços na eliminação da hanseníase em todos os países até o ano 2005 (WHO, 1999).

Essa Aliança Global (WHO, 2000), tem como objetivo incrementar a implementação das atividades para detectar e curar todos os casos de hanseníase ainda existentes no mundo, estimados em aproximadamente dois e meio milhões de casos. Como estratégias para a eliminação da doença são definidas no componente

assistencial: a) O aumento do acesso da população aos serviços de saúde para o diagnóstico e o tratamento da hanseníase; b) Garantia de tornar disponível gratuitamente a medicação PQT em todas as unidades de saúde. No componente IEC a estratégia é a criação de materiais que divulguem uma imagem positiva da doença voltados à população e da capacitação de pessoal da área de saúde. O maior desafio é aumentar rapidamente a cobertura de serviços com PQT e obter das comunidades e serviços locais de saúde responsabilidades sobre a eliminação da doença.

CAPÍTULO 3

3. METODOLOGIA

A intervenção, descentralização das ações de eliminação da hanseníase, avaliada pelo estudo de caso, foi realizada no município de Nova Iguaçu- Rio de Janeiro, no segundo semestre de 2001. A escolha pelo estudo de caso se deve ao fato deste tipo de estudo permite investigar um fenômeno contemporâneo, dentro de um contexto de vida real, quando os limites entre este contexto e o fenômeno não sejam claramente evidentes (Yin, 1994). Este tipo de estudo também permite analisar a dinâmica de interação entre os atores envolvidos na implantação de uma intervenção, dentro do estudo de contexto (Hartz, 1999). Em nosso estudo avaliou-se o processo e o resultado da implantação das três ações de eliminação da hanseníase, no contexto da descentralização das ações de saúde, a partir de quatro unidades sanitárias selecionadas que atendem portadores da doença, segundo as diferentes modalidades de atendimento oferecidas a população e que preenchiam os critérios mínimos definidos ao atendimento aos portadores de hanseníase.

Utilizou-se como método de avaliação o Modelo Lógico segundo os pressupostos do CDC, que tem como essência a utilização de matrizes segundo o objeto de estudo. Foram criadas uma Matriz Descritiva, uma Matriz de Análise e uma Matriz de Julgamento. Na oportunidade aplicou-se uma metodologia para testar a influência da autonomia na universalização do acesso da população as ações programáticas de eliminação da hanseníase.

Para avaliar o grau de autonomia política dos representantes legais da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu utilizou-se o resultado das entrevistas realizadas junto ao gestor municipal de saúde e aos gerentes locais de quatro unidades de saúde. Foram também analisadas na avaliação desta dimensão de autonomia as atas (16) das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, ocorridas (CMS) durante o ano de 2000 e o primeiro semestre do ano 2001.

O critério para a determinação do padrão da autonomia política foi o cumprimento de todas as determinações legais e normativas do SUS pelo gestor municipal de saúde e pelo Conselho Municipal de Saúde de Nova Iguaçu, com destaque as questões relacionadas à eliminação da hanseníase. Embora não tenha sido incluído no modelo da matriz de análise o indicador ‘desenvolvimento do Plano Municipal de Saúde’, optou-se por trabalhá-lo nesta avaliação.

Na autonomia financeira, aqui entendida como a capacidade de investimento de recursos financeiros provenientes das transferências fundo a fundo do Sistema Único de Saúde e das receitas fiscais do município, analisou-se o grau de compromisso do município nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde. Seguindo a lógica da pesquisa foram feitos questionamentos ao gestor municipal de saúde e aos gerentes locais para conhecer o grau de autonomia financeira no desenvolvimento das ações de eliminação da hanseníase a nível municipal e local.

Na análise do grau de autonomia gerencial e administrativa, foram abordados questões relacionadas a estrutura da rede pública de saúde (número de unidades básicas de saúde) e da capacidade instalada das unidades de análise (horário de funcionamento, número de consultórios, recursos humanos segundo categorias profissionais) voltada tanto a população geral como aos portadores de hanseníase; identificação dos fatores obstaculizadores e facilitadores da estrutura organizacional na integração das atividades da hanseníase aos serviços básicos de saúde; organização e desempenho do programa municipal de hanseníase.

A autonomia técnica é a capacidade que o município deve ter para oferecer à população uma assistência de qualidade. Para tal, é necessário a existência de uma política de recursos humanos em capacitação e educação continuada, definindo as competências e as habilidades dos técnicos prestadores de assistência aos doentes de hanseníase. Um município é considerado autônomo tecnicamente quando garante a realização do diagnóstico pelo menos por um profissional médico e a realização do diagnóstico de suspeitos pela equipe de enfermagem e pelos agentes comunitários de saúde em cada unidade básica de saúde.

Foram construídos quatro instrumentos para a coleta de dados primários segundo as quatro dimensões da autonomia definidas acima. Estes instrumentos foram previamente testados no município de São João do Meriti, que possui características semelhantes na implantação das ações programáticas de hanseníase na rede pública de saúde de Nova Iguaçu. Foi também construído um instrumento para avaliar o grau de satisfação dos usuários portadores de hanseníase.

A pesquisa avaliativa foi realizada no cotidiano da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu e das quatro modalidades de atenção a saúde estudadas, num período de quatro meses, de modo a não interferir na rotina dos serviços desenvolvimentos em cada esfera do governo municipal no que diz respeito a ações voltadas aos portadores de hanseníase residentes naquele local. Ainda que se tenha consciência da complexidade e grandeza em avaliar-se a efetividade de uma medida

interventiva, aqui a descentralização das ações de hanseníase sob o olhar da autonomia municipal, esta discussão é mais uma contribuição à busca de subsídios para a eliminação da hanseníase.

3.1. PRESSUPOSTOS

- A avaliação do Programa de Controle de Hanseníase brasileiro, que utiliza indicadores epidemiológicos e operacionais não é sensível para responder o processo de descentralização e aferir o grau do acesso da população às ações de eliminação da hanseníase.
- A efetividade da intervenção depende do grau de autonomia do governo municipal em implantar as ações de eliminação da hanseníase em todas as unidades básicas de saúde.
- Apesar do esforço de alguns municípios em descentralizar as atividades de hanseníase em sua rede básica de saúde, as estratégias empregadas não são capazes de melhorar o acesso da população ao diagnóstico e tratamento, reduzindo a prevalência da doença até o ano 2005 para menos de um caso em cada dez mil habitantes.
- A descentralização das ações prioritárias para a eliminação da doença como problema de saúde (diagnóstico, a avaliação do grau de incapacidade física e o tratamento específico) para a rede básica de saúde do país, viabiliza o acesso da população ao diagnóstico precoce e ao tratamento de qualidade, permitindo atingir o coeficiente de prevalência proposto até o ano 2005.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. GERAL

Construir um modelo lógico para avaliar o processo da descentralização das ações de eliminação da hanseníase no município de Nova Iguaçu.

3.2.2. ESPECÍFICOS

Aplicar o modelo lógico para avaliar o processo e os resultados da descentralização das ações de eliminação da hanseníase no município de Nova Iguaçu, utilizando a categoria

de análise, a autonomia, em suas dimensões política, financeira, administrativo/gerencial e técnica.

Identificar o grau de descentralização atingido pelo município.

3.3. DESENHO DO ESTUDO

Este estudo consiste de uma pesquisa avaliativa que emprega como modelo de estudo, o estudo de caso, no município de Nova Iguaçu, que oferece atendimento a seus habitantes numa rede pública de saúde de baixa e média complexidade assistencial:

- Unidades de saúde de média complexidade (centros de saúde, unidades mistas, unidades de pronto atendimento) com equipe multi-profissional. As ações programáticas de hanseníase são desenvolvidas por dermatologistas e equipe de enfermagem;
- Unidades de saúde de baixa complexidade (unidades básicas de saúde, postos de saúde unidades do Programa de Saúde da Família) com profissional médico generalista e/ou auxiliar de enfermagem ou ainda, por apenas pessoal de nível médio e elementar de enfermagem e agentes comunitários de saúde do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

O estudo compreendeu a avaliação do processo e dos resultados de uma intervenção em saúde utilizando a entrevista e a observação de documentos e dos serviços de saúde locais. Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados ao gestor municipal de saúde, gerentes dos serviços locais de saúde, técnicos e pacientes de hanseníase.

Embora em nosso estudo não tenha sido possível replicar o Modelo Lógico de Avaliação do Processo e dos Resultados da intervenção aqui estudada em outros municípios do estado do Rio de Janeiro, a escolha metodológica de estudo por modalidades permite a generalização desta abordagem e as suas possíveis combinações em instituições de saúde específicas.

3.4. DEFINIÇÃO DAS AÇÕES DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

Haja vista que o objetivo da Aliança Global para a Eliminação da Hanseníase é detectar e curar todos os casos remanescentes de hanseníase no mundo (OMS, 2001), definiu-se neste estudo como ações de eliminação, as ações programáticas de

diagnóstico e o tratamento da hanseníase. Foi também incluído como uma ação de eliminação a avaliação do grau de incapacidade física, pela sua importância em avaliar a tendência da endemia e a qualidade dos serviços de saúde.

O diagnóstico de caso é ainda uma ação de responsabilidade legal da categoria médica. Portanto, os demais profissionais de saúde só podem diagnosticar suspeitos de hanseníase. A avaliação do grau de incapacidade física em hanseníase, nada mais é do que a aplicação do Formulário de Avaliação do Grau de Incapacidade da Organização Mundial de Saúde. Seu preenchimento requer a execução da técnica, teste de sensibilidade. Os demais itens do formulário de avaliação são apenas observacionais, podendo deste modo ser executada por qualquer profissional da área assistencial de saúde. A prescrição do tratamento pode ser realizada por médicos e enfermeiros e a administração da dose supervisionada e a dispensação da cartela por qualquer profissional, inclusive agentes comunitários de saúde.

Para operacionalizar as medidas programáticas de eliminação da hanseníase em nosso estudo foi definido um conjunto de atividades:

QUADRO 7: AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ATIVIDADES DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

MEDIDAS PROGRAMÁTICAS	ATIVIDADES	INDICADOR
Deteção de Casos	1. Diagnóstico precoce de casos: <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização do diagnóstico em todas as unidades sanitárias com profissional médico • Atendimento à demanda espontânea das unidades básicas de saúde • Atendimento pelo PSF de encaminhamentos e demanda espontânea • Busca ativa de portadores de lesões suspeitas pelo PACS • Vigilância dos contatos intradomiciliares 2. Classificação Operacional dos casos: <ul style="list-style-type: none"> • Multibacilar (MB) • Paucibacilar 3. Notificação compulsória do caso na ficha SINAN	<ul style="list-style-type: none"> • Coeficiente de detecção anual de casos novos, por 10.000 habitantes • Coeficiente de detecção anual de casos novos, na população de 0-14 anos por 10.000 habitantes

(Continuação)

MEDIDAS PROGRAMÁTICAS	ATIVIDADES	INDICADOR
Tratamento	<p>1. Tratamento Específico PQT/OMS:</p> <ul style="list-style-type: none">• Multibacilar• Paucibacilar• Esquemas Alternativos• Intercorrências (E. Reacionais)• Situações especiais• Seguimento dos Casos na unidade de saúde e no domicílio, se necessário. <p>2. Tratamento acessível à população em todas as unidades básicas de saúde</p> <p>3. Sistema de Informação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acompanhamento do caso na planilha de acompanhamento SINAN;• Registro do atendimento na planilha do SIAB; <p>4. Controle de medicação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Definição pelo MS dos medicamentos a serem utilizados pela rede de saúde;• Programação de consumo pelas Secretarias Estaduais;• Envio pelos municípios do consumo e necessidades de drogas aos estados;• Distribuição de cartelas PQT para todas as unidades sanitárias do município;• Controle e dispensação de Talidomida pela Vigilância Sanitária das Secretarias Estaduais de Saúde; <p>Distribuição de medicação específica e anti-reacionais à todas as unidades da rede pública pelos municípios</p>	<p>Percentagem de casos novos diagnosticados no ano que iniciaram PQT/OMS</p> <p>Percentagem de cura entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes</p> <p>. Percentagem de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes</p> <p>. Percentagem de abandono do tratamento na prevalência do período</p> <p>. Percentagem de US com programa implantado entre o total de US existentes no município</p>

(Continuação)

MEDIDAS PROGRAMÁTICAS	ATIVIDADES	INDICADOR
Avaliação do Grau de Incapacidade Física (GI)	<ol style="list-style-type: none">1. Identificar a presença ou não de incapacidade física no momento do diagnóstico:<ul style="list-style-type: none">• Realizar o teste de sensibilidade• Preencher o formulário OMS de GI• Encaminhar para a referência municipal ou estadual, quando o paciente possuir GI > 0• Repassar a informação para a ficha de notificação do SINAN• Avaliar o GI no momento da alta por cura:• Preencher o formulário OMS de GI• Incluir o resultado da avaliação na Planilha de acompanhamento do caso no SINAN2. Encaminhar para a referência municipal ou estadual, quando o paciente possuir GI >0	<ul style="list-style-type: none">• Percentagem de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano• Percentagem de curados no ano com incapacidades físicas

3.5. SELEÇÃO DO MUNICÍPIO

Com o objetivo de avaliar o resultado da descentralização das ações de hanseníase, que no início do ano 2000 eram desenvolvidos em 81 municípios do estado, foram escolhidos inicialmente como estudo de casos, os municípios de Duque de Caxias, Cantagalo e Piraí, que apresentavam no momento de elaboração deste projeto, estruturas organizacionais diferenciadas de suas redes públicas de saúde. Na seleção destes três municípios, levou-se em consideração a habilitação (gestão plena de atenção básica ou gestão plena do sistema municipal), os tipos de unidades de saúde existentes, a distribuição espacial destas unidades (urbana e rural), as características das unidades de saúde com diagnóstico e/ou tratamento de hanseníase implantados, a especificidade do serviço prestado aos portadores de hanseníase. A diversidade de informações quantitativa e qualitativa que este tipo de estudo requer, também foi um dos motivos da escolha de estudo de caso.

Para a melhor otimização de recursos financeiros e do tempo na execução do Projeto, optou-se então em trabalhar somente com o município de Duque de Caxias. Mas em visita realizada a este município no final do ano 2000, verificou-se o atendimento da demanda dermatológica e de hanseníase estava sendo realizando nos 13

Postos de Saúde daquele município por profissionais médicos especializados (dermatologistas).

Definiu-se então desenvolver o projeto no município de Nova Iguaçu, contando com o apoio da Coordenação Municipal de Hanseníase para sua execução naquele local, haja vista que o município contemplava as quatro modalidades de atenção a saúde, definidas neste estudo: unidade de saúde com serviço especializado em hanseníase; atendimento em hanseníase por médico generalista; atenção prestada pela equipe do Programa de Saúde da Família (PSF); unidade de saúde com oferta de assistência em hanseníase, apenas pela enfermagem. A avaliação da descentralização das ações de eliminação da hanseníase nas unidades sanitárias neste município permite a validação do modelo lógico de avaliação.

3.6. SELEÇÃO DAS MODALIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE

Definiu-se pela utilização da expressão modalidade de atenção a saúde ao invés de unidade de saúde pela sua maior abrangência. A modalidade de atenção a saúde agrega a definição de unidade de saúde que é *“o lugar destinado a prestar assistência médico-sanitária a uma população de área geográfica definida, contando com serviços de profissionais não médicos”* (MS, 1983). Assim modalidade de atenção à saúde é aqui entendida como a unidade técnica de atenção (intervenção), levando em conta a densidade tecnológica, o espaço geográfico e a população assistida. Assim envolve infra-estrutura, insumos, características do modo e sua organização. Na seleção das modalidades de atenção à saúde, foram definidos os critérios para categorizar as unidades sanitárias:

- Modalidade de Atenção a Saúde com atendimento médico especializado, o dermatologista.
- Modalidade de Atenção a Saúde com atendimento médico generalista.
- Modalidade de Atenção a Saúde com atendimento realizado pela equipe do PSF.
- Modalidade de Atenção a Saúde com atendimento realizado apenas pela equipe de enfermagem.

Dentre as treze unidades de saúde que oferecem o diagnóstico e/ou o tratamento de hanseníase e realizam a avaliação do grau de incapacidade física à população iguaçuana, elegeu-se quatro unidades sanitárias de saúde que se enquadravam nos critérios definidos das modalidades de atenção à saúde desenhadas para este estudo no atendimento aos portadores de hanseníase:

Como modalidade de atenção a saúde 1 foi escolhida a única unidade de saúde do município onde o atendimento médico em hanseníase é realizado por dermatologista, o Centro de Saúde Vasco Barcellos, centro de referência municipal em doenças transmissíveis. O setor de hanseníase é formado por uma equipe técnica de 3 dermatologistas, 2 clínicos e equipe de enfermagem. Até 1998 era o único local público de saúde que atendia casos de hanseníase. Hoje 189 pacientes fazem parte do registro ativo daquela unidade. Cabe lembrar que essa é a unidade de referência municipal para tratamento de todas as intercorrências clínicas, reações e incapacidades físicas decorrentes de hanseníase .

Duas são as unidades de saúde que oferecem atendimento médico não especializado em hanseníase. Escolheu-se como modalidade de atenção a saúde 2 a Unidade Mista Moacir A de Carvalho, localizada no IX Unidade Regional de Governo-URG (Austin), pela sua localização mais próxima e pela receptividade da gerência local e da equipe técnica para desenvolver este estudo. Soma-se ainda o fato que esta modalidade vem desde 1998, trabalhando com hanseníase na rotina de atendimento de sua demanda. Em 30 de junho de 2001 estavam em tratamento 28 casos deste agravo. O atendimento aos pacientes é feito por médico clínico geral e por uma auxiliar de enfermagem, ambos treinados no programa.

Como modalidade de atenção a saúde 3 definiu-se pelo Módulo de Saúde da Família Lino Vilella, localizada na I URG, onde estão instaladas três equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e que no momento da realização desta pesquisa era o único módulo de PSF que tinha paciente em tratamento de hanseníase. Os outros módulos do PSF, embora com equipe já treinadas não tinham paciente de hanseníase em tratamento no período de realização deste estudo.

Dentre as cinco unidades de saúde que oferecem apenas o tratamento PQT para hanseníase, definida nesta pesquisa como Modalidade de Atenção a Saúde 4, optou-se pela Unidade Básica de Saúde de Cabuçu, que tinha no momento da realização da pesquisa paciente em tratamento de hanseníase. As demais unidades, ainda que organizadas para tratar, não tinham pacientes em registro de hanseníase.

3.7. INSTRUMENTOS

Esta pesquisa envolveu a construção de cinco instrumentos de coleta de dados, distintos para cada dimensão da autonomia trabalhadas neste estudo:

- Instrumento sobre Autonomia Política
- Instrumento sobre Autonomia Financeira
- Instrumento sobre Autonomia Gerencial/Administra
- Instrumento sobre Autonomia Técnica
- Instrumento sobre a Satisfação do Usuário portador de hanseníase

A construção dos três instrumentos relacionados às autonomias política, financeira e administrativo/gerencial obedeceu a seguinte lógica: a) hierárquica – incluindo os dados do nível municipal e posteriormente os dados locais. Na construção do sub-item “Nível Municipal” destacou-se em primeiro lugar a entrevista do gestor municipal de saúde, com posterior análise das atas de reuniões do CMSNI. No sub item “Nível Local” foi incluído a entrevista com o gerente local, obedecendo a lógica de coleta de dados: gerais aos específicos. b) Do geral ao específico: enfocando em primeiro lugar as questões relacionadas à saúde em geral e depois os aspectos relacionados ao controle e eliminação da hanseníase.

O instrumento da Autonomia Técnica também seguiu a mesma seqüência dos instrumentos anteriores, dando um panorama inicial de todas as ações de saúde em desenvolvimento na modalidade de atenção a saúde, para então focar as atividades voltadas aos portadores de hanseníase.

O questionário destinado aos usuários foi elaborado para buscar a sua satisfação, enquanto portador de hanseníase, em relação ao atendimento prestado no serviço. A elaboração do questionário passou pelas etapas de: a) seleção das perguntas; b) ordenação destas mesmas em uma seqüência lógica; c) formatação e tabulação; d) pré teste do instrumento no município de São João do Meriti; e) ajuste do instrumento a partir da compreensão dos entrevistados.

A construção destes questionários se baseou no instrumento da Avaliação Independente do Programa de Hanseníase da Índia adaptados a realidade do Brasil, segundo as características da capacidade instalada do nível municipal e no instrumento do LEM.

Os cinco questionários foram semi-estruturados, utilizando perguntas abertas e fechadas, identificáveis, para avaliar tanto o grau de autonomia política, administrativa/gerencial, financeira e técnica à nível municipal e local como o grau de satisfação desta clientela.

3.8. COLETA DE DADOS

3.8.1. COLETA DE DADOS PRIMÁRIOS ATRAVÉS DE ENTREVISTA AS AUTORIDADES LOCAIS E AOS USUÁRIOS

No primeiro instrumento, que destaca a Autonomia Política, os dados foram coletados através de entrevistas com o presidente ou representante legal do Conselho Municipal de Saúde e com os Gerentes Locais de Saúde (Anexo 1). No segundo instrumento, referente à Autonomia Financeira os dados também foram obtidos através da entrevista com o Gestor Municipal de Saúde e os gerentes locais (Anexo 2). O terceiro instrumento que enfatizou a Autonomia Administrativo/Gerencial, os dados foram originários de entrevista aplicada ao secretário municipal de saúde ou ao responsável pelas aplicações financeiras do município (Anexo 3). Os dados do quarto instrumento foram coletados durante a visita de observação feita às quatro modalidades de saúde quando se entrevistou o coordenador municipal do programa de hanseníase e os técnicos responsáveis pela atenção aos doentes de hanseníase (Anexo 4). O último instrumento foi destinado à entrevista dos usuários das modalidades de atenção a saúde em tratamento de hanseníase, com o objetivo de avaliar o grau de satisfação em relação às ações e serviços prestados (Anexo 5).

Para subsidiar a avaliação das autonomias também expressas pelo grau de envolvimento do Conselho Municipal de Saúde de Nova Iguaçu com a política de saúde, buscou-se a informação contida nas Atas das reuniões do referido Conselho. Analisou-se dezesseis atas das reuniões realizadas durante o ano 2000 e o primeiro semestre do ano 2001. Para a melhor sistematização dos conteúdos das atas, elaborou-se uma planilha de coleta de dados obedecendo aos componentes do Modelo Lógico do Programa: atenção básica, vigilância epidemiológica, assistência e apoio laboratorial. Foram levadas em consideração outras informações de caráter administrativo (credenciamento de clínica privadas, cursos, regimento interno do CMS, escolha de conselheiros para Conferência Nacional de Saúde) e sobre a criação do Consórcio da Baixada Fluminense.

3.8.2. DADOS SECUNDÁRIOS

Os dados secundários epidemiológicos e operacionais foram obtidos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio

de Janeiro para a avaliação do impacto da endemia em Nova Iguaçu. Os instrumentos do SINAN são a fonte exclusiva e oficial de dados para avaliação e o acompanhamento das ações do Programa de Controle da Hanseníase.

Cita-se como limitação deste estudo, a aplicação do questionário aos usuários em tratamento nas modalidades de atenção a saúde, que provavelmente por motivos pessoais não compareciam ao agendamento, retardando deste modo a execução do trabalho.

3.9. CONSTRUÇÃO DE UM MODELO LÓGICO DE AVALIAÇÃO

Neste trabalho foi assumida a definição de modelo lógico elaborado por Contandriopoulos et al, (1997) que tem como objetivo definir o fundamento lógico da avaliação a partir de um método estruturado. Também foi adotado o conceito de Modelo Lógico elaborado por Worthen (199) de que Modelo Lógico é a racionalidade ou modelo com abordagem lógica que articula os componentes do programa para responder as perguntas desse programa (modelo lógico de programa) ou articula variáveis para responder a pergunta avaliativa.

A operacionalização desta categoria de autonomia como a diretriz que torna realizável a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, significa construir suas várias dimensões a partir de descritores do plano do serviço que elaborem as questões mais gerais das políticas, no caso em questão, públicas; explicita os componentes do programa; os processos implantados ou não e as dimensões privilegiadas de resultado. Assim, no contexto deste estudo, as autonomies são tomadas como categorias de estrutura na construção de um modelo lógico de avaliação.

O termo autonomia até poucos tempos atrás era conceituado como a capacidade de autogestão nas dimensões administrativa e financeira. Era empregado para determinar a autonomia administrativa e financeira de instituições em relação ao nível central (Arruda & Mandelli, 1993). Para Tissier (1988) autonomia é sinônimo de responsabilidade, tanto para a organização como para o indivíduo.

Para sistematizar cada dimensão da autonomia, foi definido um conjunto de indicadores que compõem a Matriz Descritiva segundo as categorias que caracterizam os níveis de descentralização; os critérios da Matriz de Análise que definem o padrão de referência que determina o maior grau de autonomia, para discutir os resultados alcançados na pesquisa; os critérios da Matriz de Julgamento que avaliam se o município realiza em sua rede de saúde o diagnóstico, avaliação do grau de

incapacidade física e o tratamento da hanseníase, ou não. Estes indicadores e critérios auxiliam na definição das quatro dimensões da autonomia, como se verá na descrição de cada matriz.

Entende-se como autonomia política à capacidade que o município tem de definir e operacionalizar as políticas municipais de saúde, consoantes com a política nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque ao controle e eliminação da hanseníase. Dentro do Plano Municipal de Saúde, a definição da hanseníase como uma das prioridades de saúde, de acordo com o perfil epidemiológico local, é essencial ao desenvolvimento de ações que ofereçam à população qualidade de vida.

Para determinar o grau de *autonomia financeira* em nível local e municipal na resolução de problemas na rotina de atendimento da demanda, definiu-se *autonomia financeira* como a capacidade de auto-utilização dos recursos destinados ao setor saúde para promover o acesso da população portadora de hanseníase à assistência básica. Estes recursos são provenientes de contribuições sociais (FINSOCIAL/COFINS) e dos impostos arrecadados nas três esferas de governo. Neste estudo nos detivemos aos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços básicos de saúde, voltada direta e indiretamente ao atendimento dos casos de hanseníase, avaliando a otimização dos recursos transferidos fundo a fundo pelo Governo Federal através do PAB/SUS, parte fixa (assistência básica) e parte variável referente ao PACS, PSF; dos Convênios firmados entre o Ministério da Saúde com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e com a Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu, que repassaram recursos complementares para o controle da hanseníase no período 1998 a 2000.

A autonomia gerencial/administrativa é aqui entendida como a habilidade municipal em desenvolver uma política de acompanhamento e avaliação da qualidade e produtividade dos serviços de saúde do SUS prestados aos portadores de hanseníase; a capacidade do município em definir suas próprias estratégias e metas para a descentralização do diagnóstico de casos, avaliação do grau de incapacidade física e tratamento específico.

A *autonomia técnica* foi aqui definida como a capacidade que o município deve ter para oferecer aos portadores de hanseníase uma assistência com qualidade. Para tal, determinou-se à existência de uma política de recursos humanos com capacitação e educação continuada dos técnicos, definindo as competências e as habilidades dos prestadores de assistência aos pacientes de hanseníase. Também fazem parte: existência de uma política de controle de agravos de saúde, com destaque a hanseníase; desenvolvimento de uma política de supervisão, monitoramento e avaliação em

hanseníase; política de distribuição e controle de medicamentos; implementação do sistema de informação; apoio laboratorial; preocupação com a satisfação do usuário; estratégias de adesão de pacientes ao tratamento.

Um aspecto particular da autonomia técnica que tem sido valorizada especialmente pelo componente participativo da população, prevista nas propostas de descentralização do SUS, foi a satisfação do usuário que é uma visão particular da qualidade. Entretanto, optou-se enfocar este assunto apenas como mais um indicador de nossas matrizes de avaliação.

Escolheu-se o modelo teórico (modelo lógico) para a análise do estudo de caso desta tese, pela praticidade na concepção de um modelo que permitisse avaliar o resultado da descentralização das ações programáticas de eliminação da hanseníase no município de Nova Iguaçu, utilizando a autonomia como base da elaboração do modelo.

A aplicação de um método estruturado, fundamentado na lógica do programa, foi empregada para avaliar os progressos obtidos com a implantação de uma intervenção, fazendo um julgamento baseado em evidências e orientando as decisões práticas relacionadas a atenção aos portadores de hanseníase.

Para a avaliação do resultado da descentralização (expressa sobre o acesso da população ao diagnóstico e ao tratamento) construiu-se um modelo lógico da avaliação desta intervenção, formada por três matrizes: Descritiva, de Análise e de Julgamento.

- **Matriz Descritiva**

A matriz descritiva apresenta um conjunto de indicadores que expressam o modelo lógico de avaliação desta intervenção, que emprega a autonomia como a categoria estrutural deste modelo. Salienta-se que neste trabalho a concepção de indicador adotada não foi a epidemiológica, mas dos registros que evidenciam a existência das dimensões descritivas e de avaliação. Segundo Last (1983), em estatística uma variável indicador expressa somente um de dois possíveis valores, um indicando a presença de uma condição e o outro (usualmente zero) indicando ausência de uma condição.

Esta matriz descritiva engloba três categorias de indicadores: de compromisso, de transformação do compromisso em ação e de transformação do compromisso em ação de qualidade. Para cada categoria foram construídos indicadores segundo as quatro dimensões da autonomia: política, financeira, administrativo/gerencial e técnica.

A - INDICADORES DE COMPROMISSO: que apresenta o grau de reconhecimento político, técnico e institucional da hanseníase enquanto problema de saúde pública. Este grupo de indicadores expressa o desejo ou preocupação pela descentralização das ações programáticas de eliminação, que tem como objetivo viabilizar o acesso da população às essas ações. O conjunto de indicadores de compromisso está assim distribuído nas quatro dimensões da autonomia:

1. AUTONOMIA POLÍTICA:

- 1.1. O município possui um Conselho Municipal de Saúde (CMS).
- 1.2. Necessidade de o município elaborar um Plano Municipal de Saúde.
- 1.3. O CMS tem conhecimento sobre os problemas de saúde de seus munícipes.
- 1.4. A hanseníase está incluída no conjunto de prioridades do Plano Municipal de Saúde.
- 1.5. CMS se envolve na implantação, monitoramento e avaliação da descentralização das ações programáticas de eliminação.
- 1.6. O Município possui a Legislação de Controle e eliminação da hanseníase.
- 1.7. Existência de legislação ou normas local que favoreçam os deficientes físicos.
- 1.8. Envolvimento de ONG que trabalham com hanseníase a nível municipal.

2. AUTONOMIA FINANCEIRA:

- 2.1. Necessidade do município em elaborar uma Proposta Orçamentária para o setor saúde.
- 2.2. CMS acompanha a aplicação, movimentação e execução financeira e orçamentária do fundo de saúde, transferidos pelo PAB/SUS parte fixa (assistência básica) e parte variável (PACS, PSF) para o atendimento de hanseníase.
- 2.3. Existência de uma política de investimento de tributos municipais no atendimento aos portadores de hanseníase aprovada pelo CMS.
- 2.4. Preocupação do CMS em garantir o acesso universal ao serviço de saúde, independente da acessibilidade econômica dos usuários.
- 2.5. O CMS garante a aplicação de recursos da saúde na assistência aos portadores de deficiência física, inclusive hanseníase.

3. AUTONOMIA ADMINISTRATIVO/GERENCIAL:

- 3.1. O CMS participa da definição de estratégias de organização dos serviços de saúde.

- 3.2. Existência de uma política de acompanhamento e avaliação da qualidade e produtividade dos serviços de saúde do SUS prestados à população
- 3.3. Definição de estratégias de descentralização gerencial e administrativa das ações de saúde, inclusive hanseníase para as unidades de saúde.
- 3.4. O CMS assume uma política de manutenção de insumos e materiais em toda a rede municipal de saúde.
- 3.5. O CMS assume estratégias de funcionalidade das unidades básica de saúde

4. AUTONOMIA TÉCNICA

- 4.1. Definição de uma política municipal de controle de agravos de saúde.
- 4.2. Definição de uma política municipal de capacitação de recursos humanos em hanseníase.
- 4.3. O CMS se preocupa com a satisfação dos usuários dos serviços de saúde.
- 4.4. Implementação do Sistema de Informação na rede de saúde do município.
- 4.5. Existência de uma política de distribuição e controle de medicamentos para tratamento de Hanseníase.
- 4.6. O CMS define estratégias para implantar as ações programáticas de hanseníase no município.
- 4.7. O CMS define uma política de supervisão e monitoramento das ações de eliminação da hanseníase na rede básica de saúde.
- 4.8. O CMS participa da definição de estratégias para manter uma alta adesão de pacientes ao tratamento de hanseníase

B - INDICADORES DE TRANSFORMAÇÃO DO COMPROMISSO EM AÇÃO:

envolve a coerência entre políticas e estratégias; evidências da existência de planejamento, coordenação e gerência: monitoramento, avaliação: de adequação, processo, sustentabilidade e impacto; definição de prioridades em relação ao diagnóstico, avaliação do grau de incapacidade física e tratamento específico.

1. AUTONOMIA POLÍTICA

- 1.1. A composição do CMS obedece à regulamentação da LOS 8142/90.
- 1.2. Existência de um Plano Municipal de Saúde dentro do perfil demográfico e epidemiológico para definir prioridades de saúde.
- 1.3. O CMS define as prioridades e metas segundo características epidemiológicas e operacionais, após conhecimento de problemas de saúde.

- 1.4. Definição pelo CMS das diretrizes e estratégias da eliminação da hanseníase no Plano Municipal de Saúde.
- 1.5. Acompanhamento do desenvolvimento das ações programáticas pela rede básica de saúde do município.
- 1.6. Conhecimento do gestor municipal, do CMS e dos profissionais de saúde da legislação de controle e eliminação da hanseníase (Instruções Normativas).
- 1.7. Oferta de assistência em reabilitação física e profissional aos portadores de hanseníase.
- 1.8. Elaboração de Projetos municipais em Hanseníase, financiados por ONGs.

2. AUTONOMIA FINANCEIRA

- 2.1. Existência de uma Proposta Orçamentária para o setor saúde.
- 2.2. Aplicação de recursos PAB (parte fixa) e determinação ao PSF e PACS da aplicação da parte variável do PAB (PSF) no desenvolvimento das ações de hanseníase.
- 2.3. Determinação de aplicação de uma parcela dos recursos próprios (tributação) na eliminação da hanseníase.
- 2.4. Existência de uma política que garanta a universalização do acesso da população ao diagnóstico e tratamento da hanseníase
- 2.5. Determinação de oferta de serviços especializados aos portadores de deficiências físicas causadas pela hanseníase

3. AUTONOMIA ADMINISTRATIVO/GERENCIAL

- 3.1. Participação social na organização dos serviços públicos de saúde do município.
- 3.2. Desenvolvimento de uma política de monitoramento e avaliação da qualidade e da produtividade dos serviços de saúde do SUS.
- 3.3. Desenvolvimento de ações de saúde, inclusive de hanseníase nas unidades básicas de saúde.
- 3.4. Determinação da aplicação de recursos para aquisição de materiais e insumos para as unidades de saúde do município.
- 3.5. Implantação pelas unidades de saúde de um sistema de acolhimento da demanda e a sua capacidade de adaptar-se a estes fatores (funcionalidade)

4. AUTONOMIA TÉCNICA

- 4.1. Implantação das ações programáticas dos agravos de saúde.

4.2. Implantação de uma política de recursos humanos que leve em consideração uma atenção de qualidade em Hansen.

4.3. Acompanhamento sistemático do grau de satisfação da população em relação ao atendimento prestado nas unidades de saúde.

4.4. Manutenção do sistema de informação em saúde (SINAN/Hansen)

4.5. Determinação de um sistema de controle e distribuição de medicação hansenostática e anti-reacional a rede de saúde do município

4.6. Desenvolvimento das atividades de controle da hanseníase, com ênfase a busca ativa de casos portadores de lesões sugestivas pelos agentes de saúde do PACS e PSF.

4.7. Implantação de supervisão sistemática as unidades de saúde do município.

4.8. Implantação de um sistema de monitoramento da aceitabilidade dos doentes de hanseníase nos serviços básicos de saúde.

C - INDICADORES DE TRANSFORMAÇÃO DO COMPROMISSO EM AÇÃO DE QUALIDADE: que indicam o grau da qualidade alcançada pelos municípios no desenvolvimento das ações programáticas de eliminação.

1. AUTONOMIA POLÍTICA

1.1. Os membros do CMS são representativos das quatro categorias que o compõem (representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e usuários)

1.2. O Plano Municipal de Saúde atende as necessidades de saúde da população.

O CMS tem poder para definir as políticas e diretrizes de saúde do município.

1.3. Desenvolvimento das ações de saúde obedece uma ordem de prioridades de base epidemiológicas e operacionais.

1.4. Desenvolvimento das diretrizes e metas municipais para a eliminação da hanseníase.

1.5. Realização do diagnóstico, avaliação do GI e tratamento de hanseníase nas unidades básicas de saúde existentes no município

1.6. A legislação da Hanseníase (Instruções Normativas) é adotada pelo município

1.7. Garantia de atendimento aos portadores de deficiências físicas decorrentes da hanseníase no centro de reabilitação municipal ou nas referências estaduais.

1.8. Desenvolvimento pelas ONG de Projetos com ações específicas que contribuam à eliminação da doença.

2. AUTONOMIA FINANCEIRA

- 2.1. Execução da Proposta orçamentária do setor saúde, com aplicação eficiente de recursos financeiros.
- 2.2. Desenvolvimento de ações que viabilizem a aceleração da eliminação, financiadas com recursos do PAB/SUS e dos tributos municipais.
- 2.3. Desenvolvimento de ações que viabilizem a proposta de aceleração da eliminação, financiadas com recursos do próprio município.
- 2.4. Garantia do direito ao acesso universal da população as ações programáticas de eliminação da hanseníase a rede SUS dos municípios
- 2.5. Portadores de hanseníase com deformidades físicas são assistidos nos Centros de Reabilitação Física e Profissional.

3. AUTONOMIA ADMINISTRATIVO/ ERENCIAL

- 3.1. Garantia da capacidade instalada da rede básica de saúde do município: número de unidades de saúde, horário de funcionamento, número de consultórios/ unidade, numero de profissionais segundo categorias profissional/ unidade saúde.
- 3.2. Determinação dos processos gerenciais de planejamento, execução, acompanhamento, supervisão e avaliação das ações de saúde.
- 3.3. Favorecimento do acesso da população aos serviços de saúde do SUS em todos os seus níveis de assistência, inclusive as ações programática de hanseníase.
- 3.4. Disponibilidade de materiais de consumo e insumos em todas as unidades de saúde
- 3.5. Oferta de ações e serviços de saúde segundo as necessidades da demanda

4. AUTONOMIA TÉCNICA

- 4.1. Controle dos pacientes portadores de agravos de saúde crônico degenerativos e transmissível na rede básica de saúde do município.
- 4.2. Competência técnica e habilidade dos profissionais na prestação com qualidade da assistência aos portadores de hanseníase.
- 4.3. Atendimento da expectativa da clientela usuária das unidades básicas de saúde.
- 4.4. Os dados produzidos pelo SINAN expressam a real magnitude de hanseníase no município.
- 4.5. Manutenção de estoque regulador de medicação em todas as unidades de saúde, inclusive a medicação hansenostática.
- 4.6. Identificação de portadores de lesões suspeitas de hanseníase nas comunidades locais.

- 4.7. Acompanhamento sistemático do desenvolvimento das ações de eliminação da hanseníase nas unidades básica de saúde.
- 4.8 Baixa percentagem de pacientes em abandono de tratamento.
- 4.9. Garantia na realização de exames laboratoriais para os portadores de hanseníase.

É importante destacar que as variáveis destas dimensões das políticas de descentralização, ou seja, o compromisso, a transformação do compromisso em ação, a transformação do compromisso em ação de qualidade, expressam em níveis diferenciados os componentes do controle das doenças endêmicas, definidos pelos CDC (1999), especialmente as duas últimas dimensões (transformação do compromisso em ação e transformação da ação em ação de qualidade) estão estruturadas, no que se refere ao controle da hanseníase em torno dos componentes de assistência, vigilância epidemiológica e da Informação, Educação e Comunicação - IEC.

MATRIZ 1: Matriz Descritiva do Modelo Lógico de Avaliação da Descentralização das Ações de Eliminação da Hanseníase

Caracterização dos Níveis de Descentralização	INDICADORES DE COMPROMISSO	INDICADORES DE TRANSFORMAÇÃO DO COMPROMISSO EM AÇÃO	INDICADORES DE TRANSFORMAÇÃO DO COMPROMISSO EM AÇÃO DE QUALIDADE
Autonomia Política	<p>1. O município possui um Conselho Municipal de Saúde (CMS).</p> <p>2. Necessidade do município elaborar um Plano Municipal de Saúde.</p> <p>3. O CMS tem conhecimento sobre os problemas de saúde de seus municípios</p> <p>4. A hanseníase está incluída no conjunto de prioridades do Plano Municipal de Saúde</p> <p>5. CMS se envolve na implantação, monitoramento e avaliação da descentralização das ações programáticas de eliminação.</p> <p>6. O Município possui a Legislação de Controle e eliminação da hanseníase</p> <p>7. Existência de legislação ou normas local que favoreçam os deficientes físicos</p> <p>8. Envolvimento de ONG que trabalham com hanseníase a nível municipal.</p>	<p>1. A composição do CMS obedece à regulamentação da LOS 8142/90.</p> <p>2. Existência de um Plano Municipal de Saúde dentro do perfil demográfico e epidemiológico, para definir prioridades de saúde.</p> <p>3. O CMS define as prioridades e metas segundo características epidemiológicas e operacionais, após conhecimento de problemas de saúde.</p> <p>4. Definição pelo CMS das diretrizes e estratégias da eliminação da hanseníase no Plano Municipal de Saúde.</p> <p>5. Acompanhamento do desenvolvimento das ações programáticas pela rede básica de saúde do município</p> <p>6. Conhecimento do gestor municipal, do CMS e dos profissionais de saúde da Legislação de controle e eliminação da hanseníase (Instruções Normativas)</p> <p>7. Oferta de assistência em reabilitação física e profissional aos portadores de hanseníase</p> <p>8. Elaboração de Projetos municipais em Hanseníase, financiados por ONG.</p>	<p>1. Os membros do CMS são representativos das quatro categorias que o compõem (representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e usuários)</p> <p>2. O Plano Municipal de Saúde atende as necessidades de saúde da população. O CMS tem poder para definir as políticas e diretrizes de saúde do município.</p> <p>3. Desenvolvimento das ações de saúde obedecem uma ordem de prioridades de base epidemiológicas e operacionais.</p> <p>4. Desenvolvimento das diretrizes e metas municipais para a eliminação da hanseníase.</p> <p>5. Realização do diagnóstico, avaliação do GI e tratamento de hanseníase nas unidades básicas de saúde existentes no município</p> <p>6. A legislação da Hanseníase (Instruções Normativas) são adotadas pelo município</p> <p>7. Garantia de atendimento aos portadores de deficiências físicas decorrentes da hanseníase no centro de reabilitação municipal ou nas referências estaduais.</p> <p>8. Desenvolvimento pelas ONG de Projetos com ações específicas que contribuam à eliminação da doença.</p>

(Continuação)

MATRIZ 1: Matriz Descritiva do Modelo Lógico de Avaliação da Descentralização das Ações de Eliminação da Hanseníase

Caracterização dos Níveis de Descentralização	INDICADORES DE COMPROMISSO	INDICADORES DE TRANSFORMAÇÃO DO COMPROMISSO EM AÇÃO	INDICADORES DE TRANSFORMAÇÃO DO COMPROMISSO EM AÇÃO DE QUALIDADE
Autonomia Financeira	<p>1. Necessidade do município elaborar uma Proposta Orçamentária para a setor saúde.</p> <p>2. CMS acompanha a aplicação, movimentação e execução financeira e orçamentária do fundo de saúde, transferidos pelo PAB/SUS parte fixa (assistência básica) e parte variável (PACS, PSF) para o atendimento de hanseníase.</p> <p>3. Existência de uma política de investimento de tributos municipais no atendimento aos portadores de hanseníase aprovada pelo CMS.</p> <p>4. Preocupação do CMS em garantir o acesso universal ao serviço de saúde, independente da acessibilidade econômica dos usuários.</p> <p>5. O CMS garante a aplicação de recursos da saúde na assistência aos portadores de deficiência física, inclusive hanseníase.</p>	<p>1. Existência de uma Proposta Orçamentária para o setor saúde.</p> <p>2. Aplicação de recursos PAB (parte fixa) e determinação ao PSF e PACS da aplicação da parte variável do PAB (PSF) no desenvolvimento das ações de hanseníase.</p> <p>3. Determinação de aplicação de uma parcela dos recursos próprios (tributação) na eliminação da hanseníase.</p> <p>4. Existência de uma política que garanta a universalização do acesso da população ao diagnóstico e tratamento da hanseníase</p> <p>5. Determinação de oferta de serviços especializados aos portadores de deficiências físicas causadas pela hanseníase</p>	<p>1. Execução da Proposta orçamentária do setor saúde, com aplicação eficiente de recursos financeiros.</p> <p>2. Desenvolvimento de ações que viabilizem a aceleração da eliminação, financiadas com recursos do PAB/SUS e de tributos municipais</p> <p>3. Desenvolvimento de ações que viabilizem a proposta de aceleração da eliminação, financiadas com recursos do próprio município.</p> <p>4. Garantia do direito ao acesso universal da população as ações programáticas de eliminação da hanseníase a rede SUS dos municípios</p> <p>5. Portadores de hanseníase com deformidades físicas são assistidos nos Centros de Reabilitação Física e Profissional</p>

(Continuação)

MATRIZ 1: Matriz Descritiva do Modelo Lógico de Avaliação da Descentralização das Ações de Eliminação da Hanseníase

Caracterização dos Níveis Descentral.	INDICADORES DE COMPROMISSO	INDICADORES DE TRANSFORMAÇÃO DO COMPROMISSO EM AÇÃO	INDICADORES DE TRANSFORMAÇÃO DO COMPROMISSO EM AÇÃO DE QUALIDADE
Autonomia Administrativo/ Gerencial	<p>1. O CMS participa da definição de estratégias de organização dos serviços de saúde.</p> <p>2. Existência de uma política de acompanhamento e avaliação da qualidade e produtividade dos serviços de saúde do SUS prestados à população</p> <p>3. Definição de estratégias de descentralização gerencial e administrativa das ações de saúde, inclusive hanseníase para as unidades de saúde.</p> <p>4. O CMS assume uma política de manutenção de insumos, materiais e medicamentos básicos em toda a rede municipal de saúde.</p> <p>5. O CMS assume estratégias de funcionalidade das unidades básica de saúde.</p>	<p>1. Participação social na organização dos serviços públicos de saúde do município.</p> <p>2. Desenvolvimento de uma política de monitoramento e avaliação da qualidade e da produtividade dos serviços de saúde do SUS.</p> <p>3. Desenvolvimento de ações de saúde, inclusive de hanseníase nas unidades básicas de saúde.</p> <p>4. Determinação da aplicação de recursos para aquisição de medicamentos, materiais e insumos para as unidades de saúde do município.</p> <p>5. Implantação pelas unidades de saúde de um sistema de acolhimento da demanda e a sua capacidade de adaptar-se a estes fatores (funcionalidade)</p>	<p>1. Garantia da capacidade instalada da rede básica de saúde do município: número de unidades de saúde, horário de funcionamento, número de consultórios/ unidade, numero de profissionais segundo categorias profissional/ unidade saúde.</p> <p>2. Determinação dos processos gerenciais de planejamento, execução, acompanhamento, supervisão e avaliação das ações de saúde.</p> <p>3. Favorecimento do acesso da população aos serviços de saúde do SUS em todos os seus níveis de assistência, inclusive as ações programática de hanseníase.</p> <p>4. Disponibilidade de materiais de consumo, insumos e medicações básicas em todas as unidades de saúde</p> <p>5. Oferta de ações e serviços de saúde segundo as necessidades da demanda</p>

(Continuação)

MATRIZ 1: Matriz Descritiva do Modelo Lógico de Avaliação da Descentralização das Ações de Eliminação da Hanseníase

Caracterização dos Níveis Descentral.	INDICADORES DE COMPROMISSO	INDICADORES DE TRANSFORMAÇÃO DO COMPROMISSO EM AÇÃO	INDICADORES DE TRANSFORMAÇÃO DO COMPROMISSO EM AÇÃO DE QUALIDADE
Autonomia Técnica	<p>1. Definição de uma política municipal de controle de agravos de saúde.</p> <p>2. Definição de uma política municipal de capacitação de recursos humanos em hanseníase.</p> <p>3. O CMS se preocupa com a satisfação dos usuários dos serviços de saúde.</p> <p>4. Implementação do Sistema de Informação na rede de saúde do município.</p> <p>5. Existência de uma política de distribuição e controle de medicamentos para tratamento de Hanseníase.</p> <p>6. O CMS define estratégias para implantar as ações programáticas de hanseníase no município.</p> <p>7. O CMS define uma política de supervisão e monitoramento das ações de eliminação da hanseníase na rede básica de saúde.</p> <p>8. O CMS participa da definição de estratégias para manter uma alta adesão de pacientes ao tratamento de hanseníase</p> <p>9. Existência de apoio laboratório para confirmação do diagnóstico de alguns casos de hanseníase.</p>	<p>1. Implantação das ações programáticas dos agravos de saúde.</p> <p>2. Implantação de uma política de recursos humanos que leve em consideração uma atenção de qualidade em Hansen.</p> <p>3. Acompanhamento sistemático do grau de satisfação da população em relação ao atendimento prestado nas unidades de saúde.</p> <p>4. Manutenção do sistema de informação em saúde (SINAN/Hansen)</p> <p>5. Determinação de um sistema de controle e distribuição de medicação hansenostática e anti-reacional a rede de saúde do município</p> <p>6. Desenvolvimento das atividades de controle da hanseníase, com ênfase a busca ativa de casos portadores de lesões sugestivas pelos agentes de saúde do PACS e PSF.</p> <p>7. Implantação de supervisão sistemática as unidades de saúde do município.</p> <p>8. Implantação de um sistema de monitoramento da aceitabilidade dos doentes de hanseníase nos serviços básicos de saúde.</p> <p>9. Determinação de referência laboratorial para confirmação do diagnóstico de hanseníase.</p>	<p>1. Controle dos pacientes portadores de agravos de saúde crônico degenerativos e transmissíveis na rede básica de saúde do município.</p> <p>2. Competência técnica e habilidade dos profissionais na prestação com qualidade da assistência aos portadores de hanseníase.</p> <p>3. Atendimento da expectativa da clientela usuária das unidades básicas de saúde.</p> <p>4. Os dados produzidos pelo SINAN expressam a real magnitude de hanseníase no município.</p> <p>5. Manutenção de estoque regulador de medicação da medicação hansenostática em todas as unidades de saúde.</p> <p>6. Identificação de portadores de lesões suspeitas de hanseníase nas comunidades locais.</p> <p>7. Acompanhamento sistemático do desenvolvimento das ações de eliminação da hanseníase nas unidades básicas de saúde.</p> <p>8. Baixa percentagem de pacientes em abandono de tratamento.</p> <p>9. Garantia na realização de exames laboratoriais para os portadores de hanseníase.</p>

- **Matriz de Análise**

A Matriz de Análise compreende os critérios que o município tem que alcançar em relação ao nível de implantação das atividades de eliminação em cada dimensão da autonomia. A experiência brasileira subsidiou a OMS, através da proposta GT/Hansen, na definição do padrão mundial de eliminação: tornar acessível o diagnóstico da hanseníase à população e garantir a disponibilidade do tratamento desta doença em toda a rede básica de saúde; divulgar a nova imagem da hanseníase (IEC); implementar o sistema de informações; estabelecer grupos tarefas nacionais (WHO, 2001). Ainda que existam diferenças mundiais no controle e eliminação da doença, os elementos centrais da eliminação mostram que, neste nível de serviço, considerando as dimensões da descentralização, a doença é controlada.

A Matriz de análise define como critério na autonomia política, o cumprimento pelos municípios e seus respectivos Conselhos Municipais de Saúde das Leis e das Normas Nacionais da Área da Saúde; a adoção plena das determinações legais e normativas da descentralização da hanseníase na rede básica de saúde (MS, 2000; CONASEMS, 2000). O Conselho Municipal de Saúde e o gestor municipal de saúde assumem a eliminação da hanseníase até 2005, tornando acessível às ações programáticas de eliminação para toda a sua população.

As autonomias financeira e administrativo/gerencial estão imbricadas e devem *garantir a execução técnica das atividades de hanseníase nas unidades sanitárias de saúde do município*. Os recursos financeiros oriundos do Piso de Atenção Básica BAB/SUS, parte fixa e variável (PSF e PACS), devem garantir a assistência aos portadores de hanseníase residentes nos municípios na própria rede de saúde. A inexistência de tecnologias de média e alta complexidade na atenção aos portadores da doença, não deve ser um fator impeditivo para a sua execução.

O padrão referência da autonomia técnica efetiva às medidas programáticas de eliminação nas unidades básicas de saúde, executadas por uma equipe mínima, devidamente treinada nas ações de controle da hanseníase. Definiu-se como *unidade de saúde matriz de referência para o diagnóstico da hanseníase, aquela que conta com o atendimento de no mínimo um profissional médico na realização do diagnóstico de casos de hanseníase e na avaliação do grau de incapacidade física*, com o suporte de um técnico de nível médio e elementar de enfermagem na ministração do tratamento específico. Como *matriz de tratamento para hanseníase, a unidade básica de saúde deve ter em seu quadro de pessoal, no mínimo um profissional de nível médio e*

elementar de enfermagem treinado na dispensação dos esquemas terapêuticos PQT/OMS.

Os critérios que compõem a Matriz de Análise segundo as quatro dimensões da autonomia são:

1. AUTONOMIA POLÍTICA

1.1. A eliminação da hanseníase como problema de saúde pública deve ser assumida pelo gestor municipal.

1.2. O CMS assume a implantação do diagnóstico de caso, avaliação do grau de incapacidade física e tratamento de hanseníase nas unidades de saúde com profissional médico.

1.3. O CMS assume a implantação do diagnóstico de suspeitos e o tratamento em todas as unidades básicas de saúde do município.

1.4. As três ações programáticas de eliminação são desenvolvidas nas unidades do PSF.

1.5. A identificação de casos suspeitos é executada pelos agentes comunitários de saúde do PACS.

2. AUTONOMIA FINANCEIRA

2.1. Elaboração anual de Plano Orçamentário de aplicação e movimentação financeira.

2.2. Desenvolvimento das três ações de eliminação da hanseníase com recursos financeiros do PAB parte fixa e parte variável bem como de tributos originários do município.

2.3. Os portadores de deformidades físicas são atendidos no Centro de Reabilitação ou referendados para outros serviços no município ou municípios vizinhos.

3. AUTONOMIA ADMINISTRATIVO/GERENCIAL

3.1. Envolvimento dos usuários dos serviços na organização das unidades de saúde.

3.2. Participação de outros segmentos sociais na eliminação da hanseníase.

3.3. As unidades básicas de saúde devem ter resolutividade sobre seus problemas locais de saúde.

3.4. Garantia de insumos, materiais e medicamentos em todas as unidades básicas de saúde para atender a demanda.

3.5. Desenvolvimento sistemático de avaliação, monitoramento e supervisão das ações de saúde em toda as unidades de saúde.

3.6. Os serviços de saúde atendem as reais necessidades de suas demandas.

4. UTONOMIA TÉCNICA

- 4.1. Nas unidades de saúde, no mínimo um profissional da categoria médica deve diagnosticar os casos de hanseníase existentes.
- 4.2. Cem por cento dos profissionais de nível médio de enfermagem devem estar aptos a fazer o diagnóstico de suspeitos e ministrar o tratamento de hanseníase.
- 4.3. Cem por cento dos agentes comunitários de saúde do PACS devem estar aptos a identificar na comunidade portadora de lesões sugestivas de hanseníase.
- 4.4. A satisfação dos usuários é um marcador na organização dos serviços locais de saúde.
- 4.5. Execução de todas as ações assistenciais básicas pela rede básica de saúde, com destaque as ações de controle e eliminação da hanseníase.
- 4.6. Garantia de medicação hansenostática em todas as unidades básicas de saúde para tratamento dos casos de hanseníase existentes na localidade.
- 4.7. Garantia de apoio laboratorial de apoio diagnóstico de hanseníase, sempre que se fizer necessário.
- 4.8. Alimentação sistemática do SINAN/Hansen como parte integrante da vigilância epidemiológica.
- 4.9. Avaliação, monitoramento e supervisão em hanseníase nas unidades básicas com ações de eliminação implantadas.

MATRIZ 2: Matriz de Análise do Modelo Lógico de Avaliação da Descentralização das Ações de Eliminação da Hanseníase

	CRITÉRIO
Autonomia Política	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A eliminação da hanseníase como problema de saúde pública deve ser assumida pelo gestor municipal ➤ O CMS assume a implantação do diagnóstico de caso, avaliação do grau de incapacidade física e tratamento de hanseníase nas unidades de saúde com profissional médico. ➤ O CMS assume a implantação do diagnóstico de suspeitos e o tratamento em todas as unidades básicas de saúde do município. ➤ As três ações programáticas de eliminação são desenvolvidas nas unidades do PSF. ➤ A identificação de casos suspeitos é executada pelos agentes comunitários de saúde do PACS.
Autonomia Financeira	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboração anual de Plano Orçamentário de aplicação e movimentação financeira ➤ Desenvolvimento das três ações de eliminação da hanseníase com recursos financeiros do PAB parte fixa e parte variável bem como de tributos originários do município. ➤ Os portadores de deformidades físicas são atendidos no Centro de Reabilitação ou referendados para outros serviços no município ou municípios vizinhos.
Autonomia Administrativo/ Gerencial	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Envolvimento dos usuários dos serviços na organização das unidades de saúde. ➤ Participação de outros segmentos sociais na eliminação da hanseníase. ➤ As unidades básicas de saúde devem ter resolutividade sobre seus problemas locais de saúde. ➤ Garantia de insumos, materiais e medicamentos em todas as unidades básicas de saúde para atender a demanda. ➤ Desenvolvimento sistemático de avaliação, monitoramento e supervisão das ações de saúde em toda as unidades de saúde. ➤ Os serviços de saúde atendem as reais necessidades de suas demandas.
Autonomia Técnica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nas unidades de saúde, no mínimo um profissional da categoria médica deve diagnosticar os casos de hanseníase existentes. ➤ Cem por cento dos profissionais de nível médio de enfermagem devem estar aptos a fazer o diagnóstico de suspeitos e ministrar o tratamento de hanseníase. ➤ Cem por cento dos agentes comunitários de saúde do PACS devem estar aptos a identificar na comunidade portadora de lesões sugestivas de hanseníase. ➤ A satisfação dos usuários é um marcador na organização dos serviços locais de saúde. ➤ Execução de todas as ações assistenciais básicas pela rede básica de saúde, com destaque as ações de controle e eliminação da hanseníase. ➤ Garantia de medicação hansenostática em todas as unidades básicas de saúde para tratamento dos casos de hanseníase existentes na localidade. ➤ Garantia de apoio laboratorial de apoio diagnóstico de hanseníase, sempre que se fizer necessário. ➤ Alimentação sistemática do SINAN/Hansen como parte integrante da vigilância epidemiológica ➤ Avaliação, monitoramento e supervisão em hanseníase nas unidades básicas com ações de eliminação implantadas.

- **Matriz de Julgamento**

Nesta Matriz são empregados os indicadores para avaliar o nível de descentralização alcançado pelo município. Categoriza-se o município por níveis de autonomia alcançados e sua relação com os componentes do programa de hanseníase. Os indicadores estão qualificados segundo os níveis de descentralização: descentralização 1, descentralização 2 e descentralização 3. Na discriminação dos níveis de descentralização, assumiu-se critério de observações segundo as quatro dimensões da categoria autonomia:

DESCENTRALIZAÇÃO 1: Situação com tendência a se manter o modelo organizacional e o poder de decisão centrado no gestor municipal. A autonomia do Conselho Municipal de Saúde, dos dirigentes locais e das áreas técnicas inclusive do programa de hanseníase é inexpressiva. Não ocorreu o processo da descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde do município. Este não possui autonomia política, financeira, administrativa/gerencial e técnica para efetivar o SUS. O modelo assistencial é curativo, com desenvolvimento reduzido de ações de promoção e prevenção a saúde, não priorizando os agravos endêmicos de saúde. O programa de hanseníase é vertical com a assistência centrada na figura do dermatologista. Conseqüentemente as três ações programáticas de eliminação não são assumidas e executadas pela rede básica deste município.

1.1. AUTONOMIA POLÍTICA

1.1.1. CMS não define as prioridades e diretrizes de saúde.

1.1.2. CMS desconhece o desenvolvimento das três ações programáticas de eliminação da hanseníase.

1.2. AUTONOMIA FINANCEIRA:

1.2.1. Os recursos financeiros do PAB não custeiam os procedimentos de hanseníase ligados às três ações de eliminação da hanseníase.

1.2.2. Não existe um Sistema de Referência Intra ou Inter municipal para os portadores de deformidades físicas em hanseníase.

1.3. AUTONOMIA ADMINISTRATIVO/GERENCIAL

1.3.1. A unidade de saúde não tem autonomia gerencial/administrativa na resolução dos problemas locais.

1.3.2. As ações assistenciais não obedecem aos parâmetros técnico-normativos.

1.3.3. Ausência de estoque regulador de hansenostáticos em todas as unidades básicas de saúde.

1.3.4. As unidades básicas de saúde não são avaliadas, monitorizadas e supervisionadas pelo município.

1.4.5. Ausência de supervisão no acompanhamento do desempenho na execução das três ações de eliminação implantadas.

1.4. AUTONOMIA TÉCNICA

1.4.1. As unidades básicas de saúde com profissional médico, inclusive o PSF não diagnosticam casos e nem avaliam o grau de incapacidade física em hanseníase.

1.4.2. As unidades básicas de saúde não tratam portadores de hanseníase.

1.4.3. Os agentes comunitários de saúde do PACS não identificam na comunidade casos suspeitos de hanseníase.

DESCENTRALIZAÇÃO 2: Situação intermediária, com aproximação parcial ao Padrão Ideal, isto é, embora o município tenha avançado em alguns aspectos da descentralização, ainda não foi possível alcançar a plena autonomia política, financeira, administrativa e técnica, segundo os critérios definidos a seguir:

2.1. AUTONOMIA POLÍTICA

2.1.1. CMS pouco atuante na definição das prioridades e diretrizes de saúde.

2.1.2. CMS pouco participativo na operacionalização das três ações programáticas de eliminação da hanseníase.

2.2. AUTONOMIA FINANCEIRA

2.1.1. Os recursos financeiros do PAB custeiam somente o procedimento consulta médica em hanseníase.

2.1.2. A Referência dos portadores de deformidades físicas em hanseníase é feita informalmente.

2.3. AUTONOMIA ADMINISTRATIVO/GERENCIAL

2.3.1. A unidade de saúde tem pouca autonomia gerencial/ administrativa na resolução dos problemas locais.

2.3.2. As ações assistenciais não obedecem totalmente os parâmetros técnico-normativos.

2.3.3. Algumas vezes falta medicação hansenostática nas unidades básicas de saúde.

2.3.4. As unidades básicas de saúde são esporadicamente avaliadas, monitorizadas e supervisionadas pelo nível municipal.

2.3.5. Realização esporádica de supervisão para o acompanhamento do desempenho na execução das três ações de eliminação implantadas.

2.4. AUTONOMIA TÉCNICA

2.4.1. Apenas uma unidade básica de saúde de cada distrito municipal, que conte com a presença do profissional médico realiza o diagnóstico de casos e avaliam o grau de incapacidade física em hanseníase.

2.4.2. Apenas uma unidade básica de saúde de cada distrito municipal trata os portadores de hanseníase.

2.4.3. Apenas algumas unidades do PSF realizam o diagnóstico de casos, avaliam o grau de incapacidade física e tratam hanseníase.

2.4.4. Somente alguns agentes comunitários de saúde do PACS identificam casos suspeitos de hanseníase na comunidade.

DESCENTRALIZAÇÃO 3: Situação com tendência a ser aproximar em toda grade ao padrão referência, isto é o município alcançou autonomia plena em todas as suas dimensões, conforme descrição abaixo:

3.1. AUTONOMIA POLÍTICA

3.1.1. CMS participante na definição das prioridades e diretrizes de saúde.

3.1.2. CMS atuante na operacionalização das três ações programáticas de eliminação da hanseníase.

3.2. AUTONOMIA FINANCEIRA

3.2.1. Os recursos financeiros do PAB custeiam os procedimentos de hanseníase ligados às três ações de eliminação da hanseníase.

3.2.2. Oficialização de um Sistema de Referência Intra ou Inter municipal para tratamento dos portadores de deficiências físicas.

3.3. AUTONOMIA ADMINISTRATIVO GERENCIAL

3.3.1. Problemas gerenciais/administrativos locais são resolvidos na própria unidade de saúde problemas locais.

3.3.2. As ações assistenciais são executadas dentro dos parâmetros técnico-normativos.

3.3.3. Presença de estoque regulador de hansenostáticos em todas as unidades básicas de saúde.

3.3.4. As unidades básicas de saúde são continuamente avaliadas, monitoradas e supervisionadas.

3.4. AUTONOMIA TÉCNICA

3.4.1. Todas as unidades básicas de saúde com profissional médico, inclusive o PSF, diagnosticam casos e avaliam o grau de incapacidade física em hanseníase.

3.4.2. Todas as unidades básicas de saúde tratam portadores de hanseníase.

3.4.3. Todas as unidades do PSF, diagnosticam casos, avaliam o grau de incapacidade física e tratam hanseníase.

3.4.4. Todas as equipes do PACS identificam casos suspeitos de hanseníase na comunidade.

MATRIZ 3: Matriz de Julgamento do Modelo Lógico de Avaliação da Descentralização das Ações Programáticas de Hanseníase

	DESCENTRALIZAÇÃO 1	DESCENTRALIZAÇÃO 2	DESCENTRALIZAÇÃO 3
Autonomia Política	<p>.CMS não define as prioridades e diretrizes de saúde</p> <p>.CMS desconhece o desenvolvimento das três ações programáticas de eliminação da hanseníase</p>	<p>.CMS pouco atuante na definição das prioridades e diretrizes de saúde</p> <p>.CMS pouco participativo na operacionalização das três ações programáticas de eliminação da hanseníase</p>	<p>. CMS participante na definição das prioridades e diretrizes de saúde</p> <p>. CMS atuante na operacionalização das três ações programáticas de eliminação da hanseníase.</p>
Autonomia Financeira	<p>.Os recursos financeiros do PAB não custeiam os procedimentos de hanseníase ligados às três ações de eliminação da hanseníase</p> <p>. Não existe um Sistema de Referência Intra ou Inter municipal para os portadores de deformidades físicas em hanseníase</p>	<p>.Os recursos financeiros do PAB custeiam somente o procedimento consulta médica em hanseníase.</p> <p>.A Referência dos portadores de deformidades físicas em hanseníase é feita informalmente.</p>	<p>. Os recursos financeiros do PAB custeiam os procedimentos de hanseníase ligados às três ações de eliminação da hanseníase.</p> <p>. Oficialização de um Sistema de Referência Intra ou Inter municipal para os portadores de deformidades físicas.</p>
Autonomia Administrativo/ Gerencial	<p>. A unidade de saúde não tem autonomia gerencial/administrativa na resolução dos problemas locais.</p> <p>. As ações assistenciais não obedecem os parâmetros técnico-normativos.</p> <p>. Ausência de estoque regulador de hansenostáticos em todas as unidades básicas de saúde.</p> <p>. As unidades básicas de saúde não são avaliadas, monitorizadas e supervisionadas pelo município</p> <p>.Ausência de supervisão no acompanhamento do desempenho na execução das 3 ações de eliminação implantados</p>	<p>. A unidade de saúde tem pouca autonomia gerencial/ administrativa na resolução dos problemas locais.</p> <p>. As ações assistenciais não obedecem totalmente os parâmetros técnico-normativos.</p> <p>.Algumas vezes falta hansenostáticos nas unidades básicas de saúde.</p> <p>. As unidades básicas de saúde são esporadicamente avaliadas, monitorizadas e supervisionadas pelo nível municipal.</p> <p>.Supervisão esporádicas no acompanhamento do desempenho na execução das 3 ações de eliminação implantados.</p>	<p>.Problemas gerenciais/administrativos locais são resolvidos na própria unidade de saúde problemas locais.</p> <p>.As ações assistenciais são executadas dentro dos parâmetros técnico-normativos.</p> <p>.Presença de estoque regulador de hansenostáticos em todas as unidades básicas de saúde.</p> <p>.As unidades básicas de saúde são continuamente avaliadas, monitoradas e supervisionadas.</p> <p>.Supervisão continuada no acompanhamento do desempenho na execução das 3 ações de eliminação implantados</p>

MATRIZ 3: Matriz de Julgamento do Modelo Lógico de Avaliação da Descentralização das Ações Programáticas de Hanseníase

	DESCENTRALIZAÇÃO 1	DESCENTRALIZAÇÃO 2	DESCENTRALIZAÇÃO 3
Autonomia Técnica	<p>. As unidades básicas de saúde com profissional médico, inclusive o PSF não diagnosticam casos e nem avaliam o grau de incapacidade física em hanseníase</p> <p>. As unidades básicas de saúde não tratam portadores de hanseníase.</p> <p>. As unidades do PSF não realizam o diagnóstico de casos, avaliam o grau de incapacidade física e tratam hanseníase.</p> <p>. Os agentes comunitários de saúde do PACS não identificam na comunidade casos suspeitos de hanseníase</p>	<p>. Apenas uma unidade básica de saúde de cada distrito municipal, que conte com a presença do profissional médico realizam o diagnóstico de casos e avaliam o grau de incapacidade física em hanseníase.</p> <p>. Apenas uma unidade básica de saúde de cada distrito municipal trata os portadores de hanseníase.</p> <p>. Apenas algumas unidades do PSF realizam o diagnóstico de casos, avaliam o grau de incapacidade física e tratam hanseníase.</p> <p>. Somente alguns agentes comunitários de saúde do PACS identificam casos suspeitos de hanseníase na comunidade.</p>	<p>. Todas as unidades básicas de saúde com profissional médico, inclusive o PSF, diagnosticam casos e avaliam o grau de incapacidade física em hanseníase.</p> <p>. Todas as unidades básicas de saúde tratam portadores de hanseníase.</p> <p>. Todas as unidades do PSF, diagnosticam casos, avaliam o grau de incapacidade física e tratam hanseníase.</p> <p>. Todas as equipes do PACS identificam casos suspeitos de hanseníase na comunidade</p>

Este estudo pretende avaliar a descentralização das ações programáticas de saúde no município de Nova Iguaçu, comparando os resultados obtidos com as três matrizes do modelo lógico que determinam as dimensões da descentralização na Matriz Descritiva; com critérios que definem o padrão de referência da descentralização na Matriz de Análise do Modelo Lógico; e com a aplicação da Matriz de Julgamento que determina a partir do julgamento da intervenção, o nível de descentralização alcançado, a serem detalhados e discutidos nos próximos capítulos.

CAPÍTULO 4

4. RESULTADOS

4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS E DAS ATAS DE REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA IGUAÇU

Este capítulo se refere ao trabalho de campo e as situações observadas nas entrevistas e nas atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde do município de Nova Iguaçu. As respostas dos instrumentos de entrevistas e das observações das atas estão apresentadas segundo os indicadores da Matriz Descritiva em cada dimensão da autonomia.

4.1.1. ENTREVISTA AS AUTORIDADES LOCAIS

Os trabalhos de campo foram iniciados em junho de 2001 com o envio de um ofício ao gestor municipal de saúde solicitando autorização para a realização do projeto no município. A proposta em avaliar-se a descentralização das ações de hanseníase em Nova Iguaçu foi muito bem aceita tanto pelo gestor de saúde bem como pela coordenação municipal do Programa de Hanseníase.

Foi então elaborada uma agenda para realização da entrevista e da visita de observação das modalidades de atenção à saúde. No dia 9 de julho de 2001 foi dado início aos trabalhos, entrevistando-se o gestor municipal de saúde, também presidente do Conselho Municipal de Saúde de Nova Iguaçu (CMSNI). Foram aplicadas todas as questões dos instrumentos que tivessem relação aos cargos por ele assumidos. Cabe destacar a excelente receptividade do gestor em nos receber e em disponibilizar toda a documentação das políticas de saúde do município e do CMS, colocando-se a disposição ao atendimento de nossas necessidades.

De acordo com a agenda, disponibilizou-se um dia para a visita de observação em cada modalidade de atenção a saúde. Na oportunidade entrevistou-se o gerente local e os profissionais responsáveis pelo atendimento de hanseníase. Nas modalidades de atenção a saúde 1 e 2 fomos recebidos pelo diretor administrativo e pelo diretor de clínica, respectivamente. Na modalidade 1 as questões relacionadas à autonomia técnica foram respondidas pela coordenadora municipal do programa e pela enfermeira do setor de hanseníase. Na modalidade 3 participaram da entrevista as duas equipes do PSF que se encontravam no serviço, no momento da visita. Embora tivéssemos sido apresentados a diretora administrativa da unidade, esta se esquivou da entrevista delegando as médicas das equipes do PSF presente, a responsabilidade de atender-nos. Apenas na

modalidade 4 não se conseguiu conversar com o gerente na data marcada, por este ter assumido outro compromisso fora da unidade. Uma nova visita foi realizada à modalidade para completar esta fase do projeto. Não foram evidenciados problemas na operacionalização dos trabalhos de campo nas modalidades selecionadas; fomos muito bem atendido pelos diretores locais assim como pelos técnicos responsáveis pelo atendimento dos doentes de hanseníase, que se prontificaram em nos receber com muita cordialidade.

A aplicação destes instrumentos além de avaliar o grau das autonomias (política, administrativo/gerencial, financeira e técnica) do município e de cada modalidade de atenção à saúde, permitiu determinar os prós e contras da estrutura organizacional das unidades de saúde na realização das ações de hanseníase e sua integração com os serviços de saúde existentes; determinar os processos gerenciais utilizados pelo nível local; determinar competências e habilidades dos profissionais de saúde lotados na rede básicas de saúde; a participação da ONG na eliminação da hanseníase.

4.1.2. ATAS DAS REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA IGUAÇU

O livro de atas de todas as reuniões do Conselho Municipal de Saúde foi cedido pelo Presidente do Conselho, o Secretário Municipal de Saúde do município de Nova Iguaçu para que se pudesse fazer a análise das informações contidas em cada reunião.

Tratou-se de obter no livro de atas de reuniões as informações que pudessem validar o grau de compromisso, em relação à vigilância epidemiológica, atenção básica, assistência, laboratório e demais assuntos relacionados à saúde da população local. Durante o ano 2000 foram realizadas dez reuniões ordinárias e três extraordinárias. Com relação ao ano de 2001, no livro de atas somente constavam três reuniões: duas reuniões ordinárias e uma reunião extraordinária.

Na análise das atas buscou-se identificar os temas de discussão das reuniões e a relevância dada as ações de vigilância epidemiológica, a prestação de assistência à população, ações de atenção básica e apoio laboratorial. O quadro abaixo apresenta de forma sumarizada os conteúdos de discussões registrados nas 16 atas selecionadas neste estudo.

QUADRO 8: Registro dos conteúdos de vigilância epidemiológica discutidos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Nova Iguaçu – período janeiro de 2000 a fevereiro de 2001.

DATA	CARACTERÍSTICA DA REUNIÃO	ESPECIFICAÇÃO DO CONTEÚDO
28/02/2000	Ordinária	- Ineficiência do Programa de AIDs na distribuição de preservativos. - Incidência de 5 casos de meningite.
20/03/2000	Extraordinária	- Implantação do Programa Municipal de Carência Nutricional. - Denúncia de 6 casos com suspeita de meningite.
03/04/2000	Ordinária	- Discussão sobre suspeita de casos de febre amarela.
09/05/2000	Ordinária	-
18/05/2000	Extraordinária	- Denúncia de um caso de meningite.
05/06/2000	Ordinária	- Apresentação pelo PAIMSCA sobre a distribuição do leite. - Apresentação do perfil endêmico das doenças existentes no município.
19/06/2000	Extraordinária	APRESENTAÇÃO DO MATERIAL DA CAMPANHA MUNICIPAL DE HANSENÍASE REALIZADA PELO MORHAN.
06/07/2000	Ordinária	- Rediscussão sobre a suspeita de casos com febre amarela.
07/08/2000	Ordinária	- Implantação em Jacutinga do Programa do Leite. - Endemia de Tuberculose. - Esclarecimento sobre os falsos casos de febre amarela. - Dengue hemorrágica.
04/09/2000	Ordinária	- A Tuberculose enquanto problema de saúde no município.
09/10/2000	Ordinária	-
06/11/2000	Ordinária	- Notificação de um óbito infantil por causa não definida.
04/12/2000	Ordinária	-
08/01/2001	Ordinária	-
17/01/2001	Ordinária	-
07/02/2001	Extraordinária	-

A vigilância epidemiológica dos agravos de saúde só foi enfocada nas reuniões do CMS em situações pontuais, quando houve a denúncia de ocorrência de casos incidentes de meningite, dengue, febre amarela ou tuberculose ou ainda, na implantação de programas cujas ações pudessem trazer benefícios diretos à população, como a distribuição de preservativos ou de leite. Embora a Coordenação de Vigilância Epidemiológica tenha apresentado o perfil das doenças endêmicas prevalentes em Nova Iguaçu, não foi observada nenhuma tendência do CMSNI em redefinir as diretrizes e metas do município utilizando como critérios as bases epidemiológicas e operacionais.

A análise das dezesseis atas das reuniões demonstrou que a frequência das reuniões é mensal. Os relatos dos conteúdos tratados nas reuniões sobre os agravos de saúde se referem a pontos focais, como mencionado acima, não sendo uma rotina do

CMSNI reservar na pauta de cada reunião um espaço para as ações de vigilância epidemiológica. O único relato sobre hanseníase foi demandado pelo movimento social, o MORHAN, para enfocar a campanha de divulgação que aquela organização iria realizar no município.

O ponto focal das reuniões do CMSNI está relacionado a aspectos assistências de média e alta complexidade, prestados pela rede privada conveniada, mais especificamente aos convênios firmados com laboratórios e clinicas privada.

4.2. AUTONOMIA POLÍTICA

Os resultados das entrevistas e das observações realizadas nas modalidades de atenção a saúde foram compilados segundo os indicadores da Matriz Descritiva no que se refere à dimensão da Autonomia Política. O critério para a determinação do padrão da autonomia política foi o cumprimento de todas as determinações legais e normativas do SUS pelo gestor municipal de saúde e pelo Conselho Municipal de Saúde de Nova Iguaçu, com destaque as questões relacionadas à eliminação da hanseníase.

O grau de autonomia política de um município foi também avaliado pela atuação de seu conselho de saúde na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. A participação da comunidade na gestão do SUS como controlador social do poder através dos conselhos de saúde permite avaliar o desempenho e os resultados produzidos pelo SUS (Carvalho, 1995).

4.2.1. INDICADOR: Conselho Municipal de Saúde

O Conselho de Saúde de município de Nova Iguaçu foi criado em 1989, a partir do processo de municipalização do sistema único de saúde no estado do Rio de Janeiro. Sua instituição obedece aos preceitos da Lei Orgânica de Saúde 8142/90, onde seus membros são representativos das quatro categorias que o compõem: representantes do governo, dos prestadores de serviços, (dos profissionais de saúde e dos usuários). De acordo com a Matriz Descritiva de nosso modelo lógico, podemos considerar este um indicador cujo compromisso foi transformado em uma ação de qualidade.

Segundo o gestor municipal de saúde, o município de Nova Iguaçu, obedecendo a Constituição Brasileira (artigo 198, III) e a Lei Orgânica de Saúde -LOS (art.7º,VIII) possui em caráter permanente seu Conselho Municipal de Saúde (CMS), sob sua presidência. Embora o papel do CMS seja “atuar na formulação de estratégias e no

controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômico e financeiro”, é baixa sua participação nas decisões de saúde daquele município. Para o gestor *“O Conselho Municipal de Saúde só faz política na saúde”*. No que se refere à hanseníase, as atas das reuniões realizadas pelo CMS demonstram que a hanseníase nunca foi um tema discutido pelos seus representantes nas referidas reuniões.

Constatou-se que o poder de decisão sobre as políticas de saúde do município está efetivamente centrado na mão do secretário de saúde do município, que tem autonomia plena para organizar e desenvolver os sistemas municipais de saúde, no que se refere às ações e serviços de atenção saúde, segundo a Norma Operacional Básica – NOB/96.

A indicação do gestor municipal de saúde, que se deu no início da atual gestão, em março de 2001, não foi político-partidária, mas exclusivamente técnica. *“Eu sou apartidário; fui convidado para trabalhar para a melhoria da qualidade de vida da população de Nova Iguaçu ”*.

Finalizando a análise deste indicador podemos considerá-lo um indicador de transformação do compromisso em uma ação de qualidade segundo as três categorias de indicadores da Matriz Descritiva de nosso modelo lógico de Avaliação.

4.2.2. INDICADOR: Plano Municipal de Saúde

O Gestor municipal de ‘Saúde de Nova Iguaçu declarou que *“a partir da Conferência Municipal de Saúde realizada em abril de 2001 é elaborado o Plano Municipal de Saúde, traçando objetivos não apenas de ordem política, mas também técnicos. As metas municipais de saúde definidas para médio e longo prazo, foram elaboradas pelo corpo técnico da secretaria municipal de saúde. Dentre as prioridades de saúde do atual governo municipal, as ações de hanseníase não foram contempladas”*.

Como já explicitado anteriormente, o Plano Municipal de Saúde não foi um assunto de pauta de discussão do CMSNI. Esperaria-se que em suas reuniões periódicas fosse discutidas a sua execução, monitoramento e readequação.

Na conversa com os gerentes locais de saúde questionou-se a existência de um Plano de Ação da unidade de saúde, consoante com o Plano Municipal de Saúde. Na análise do indicador elaboração de um Plano de Ação pela própria modalidade de saúde, que norteie as ações a serem desenvolvidas a nível local, constatou-se que em nenhuma das quatro modalidades de atenção a saúde trabalhadas incorporaram ações da área de planejamento e programação.

Na prática as modalidades de atenção à saúde trabalham segundo as necessidades locais e as demandas emergenciais. Não há discussões prévias para definir prioridades e metas de saúde de acordo com o perfil epidemiológico e operacional da área de atuação da modalidade de saúde, como mostra a quadro acima.

Considerou-se em nossa análise que o município de Nova Iguaçu efetivou seu compromisso de elaborar um Plano Municipal de Saúde, transformando-o em uma ação embora o mesmo ainda não faça parte das discussões do CMS e não atenda as reais necessidades de saúde da população.

4.2.3.INDICADOR: Definição de prioridades e metas de saúde

Para o gestor municipal de saúde não há a participação do CMSNI na definição das prioridades e metas direcionadas à saúde segundo as características epidemiológicas e operacionais dos agravos de saúde existentes no município. Conseqüentemente não há a participação do CMS na implantação, desenvolvimento, monitoramento e avaliação das ações programáticas de hanseníase na rede pública e privada de saúde.

Na análise das atas das reuniões do CMS verificou-se que a vigilância epidemiológica dos agravos de saúde só foi enfocada nas reuniões do CMS em situações pontuais, quando houve a denúncia de ocorrência de casos incidentes de meningite, dengue, febre amarela ou tuberculose ou ainda, na implantação de programas cujas ações pudessem trazer benefícios diretos à população, como a distribuição de preservativos ou de leite. Embora a Coordenação de Vigilância Epidemiológica tenha apresentado o perfil das doenças endêmicas prevalentes em Nova Iguaçu, não foi observada nenhuma tendência do CMSNI em redefinir as diretrizes e metas do município em bases epidemiológicas e operacionais.

No que se refere ao compromisso do CMS com as ações de atenção básica foi na reunião realizada em setembro de 2000 que o tema entra pela primeira vez na pauta de discussão: preparação dos agentes do Programa de Erradicação do *Aedes aegypti*. A discussão sobre a implantação do Programa de Saúde da Família se deu apenas nos meses de novembro e dezembro de 2000. Em fevereiro de 2001 a discussão é retomada. Foi apresentada a necessidade de supervisão para validar a implantação do PSF em Santa Clara, Guandu e Boa Esperança.

No que concerne aos aspectos assistenciais, foram encontrados os seguintes relatos sobre este componente: a) Credenciamento do Centro Médico Nuclear (28/02/2002), das clínicas, Medicina Nuclear de Nova Iguaçu e Medicina Nuclear da

Guanabara (04/09/2000) no SUS; b) reabertura do Posto de Saúde de Cabuçu (03/04/2000); c) fechamento da unidade básica de saúde do CIEP Mahatman Gandhi (06/07/2000).

Em relação ao critério apoio laboratorial da rede pública de saúde, este não foi um tema de pauta do conselho. Apenas em janeiro de 2000 há a citação sobre a necessidade de pagamento de exames de alto custo e complexidade pelo Consórcio da Baixada.

Nas modalidades de atenção à saúde avaliadas também não foi observado a definição das prioridades locais de saúde, segundo o perfil epidemiológico dos agravos de saúde prevalentes na área de abrangência de cada unidade. Uma maior ênfase é dada aos problemas pontuais de saúde que possam surgir no transcurso do controle dos programas implantado em cada modalidade.

Como pôde ser observado este é um indicador que ainda não faz parte da agenda do CMS de Nova Iguaçu e das gerencias locais de saúde. O processo de definição das prioridades de saúde do município ainda é externo a agenda do município; as propostas de atuação são muito mais de caráter estadual e nacional, do que municipal. Este indicador encontra-se em nossa Matriz Descritiva na esfera do compromisso do município trabalhar os problemas de saúde segundo estudos de tendência das endemias prevalentes, e não sobre a análise pontual da ocorrência de casos dos agravos de saúde, como foi observado.

4.2.4. *INDICADOR*: Hanseníase no Plano Municipal de Saúde

Como presidente regional da Baixada Fluminense no Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro o gestor municipal de saúde de Nova Iguaçu é signatário do Termo de Compromisso de Aceleração da Eliminação da Hanseníase, assinado pelo Secretário Estadual de Saúde e pelo Presidente do COSEMS/RJ em fevereiro de 2001.

“A definição das estratégias para reduzir a carga da doença no município tem um caráter meramente técnico, não contando com o apoio político para sua agilização”.

Como já mencionado anteriormente não foi evidenciados o compromisso do conselho municipal de saúde com as questões de hanseníase, com o objetivo de

transformar em uma ação o Termo de Compromisso da Aceleração da Eliminação da Hanseníase assumido pela Secretaria Municipal de Saúde. O único espaço ocupado pela hanseníase em quatorze reuniões foi conseguido pelo MORHAN, que possui representação no conselho enquanto usuário dos serviços de saúde. O movimento solicitou espaço em reunião para apresentar proposta de realização de uma campanha de divulgação voltada à população e seus respectivos materiais (cartazes e folhetos).

Assim pode-se concluir que o município apenas assumiu o compromisso de eliminar a hanseníase como problema de saúde, não sendo observado nenhum movimento para transformar esta proposta em ação, muito menos em uma ação de qualidade.

4.2.5. *INDICADOR*: Implantação, monitoramento e avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase.

Embora o gestor municipal de saúde tenha conhecimento sobre a magnitude e a transcendência da hanseníase em seu município e tenha assumido o compromisso político-técnico para efetivar as diretrizes estaduais de eliminação da hanseníase até o ano 2005, não foram observados, no momento da pesquisa, o desenvolvimento de ações que pudessem transformar seus compromissos ou intenções em ações efetivas na proposta de aceleração da eliminação da hanseníase.

O próprio gestor identifica problemas para integralizar as ações do programa de hanseníase nas ações básicas em saúde. Um dos fatores impeditivos por ele apontado é o baixo envolvimento dos profissionais médicos em assumir as atividades do programa de hanseníase na rotina de atendimento da clínica médica, já que existe no município um “serviço de excelência para o atendimento dos portadores da doença”, no centro de saúde.

Enquanto uma decisão política, a descentralização das ações de eliminação em Nova Iguaçu só poderia ser considerada implantada se o diagnóstico, tratamento e avaliação do grau de incapacidades estiverem sendo executados em todas as unidades básicas de saúde, inclusive pelas equipes do PSF.

Embora não tenha sido verificada a formalização de prioridades e metas de saúde nas modalidades de atenção à saúde estudada, observou-se que o compromisso das modalidades de saúde 1, 2 e 3 foi na implantação das ações de eliminação da hanseníase, oferecendo apoio tanto de pessoal como de material na operacionalização das atividades do programa. Entretanto, um contra-senso foi observado na modalidade

de saúde 4. Como essa modalidade pode considerar a hanseníase como uma prioridade se não havia envolvimento com a implantação dessas ações programáticas? O diagnóstico não é realizado mesmo com o atendimento em clínica médica generalizado. Os casos de hanseníase apenas têm acesso ao tratamento PQT. Finalmente, foi unânime nas quatro modalidades avaliadas a não elaboração e aplicação de indicadores que pudessem monitorar as atividades de hanseníase desenvolvidas na rotina dos serviços, na busca da melhoria dos serviços prestados aos doentes deste agravo.

4.2.6. *INDICADOR*: Legislação de hanseníase

Este indicador ainda encontrava-se na condição do compromisso, uma vez que havia um total desconhecimento sobre as diretrizes políticas, sobre a Legislação para a Eliminação da Hanseníase e sobre o perfil endêmico da doença do município por parte dos políticos locais e do Conselho Municipal de Saúde. As portarias sobre o controle da doença são de domínio apenas do corpo técnico envolvido diretamente com a assistência aos portadores da doença, estando esta documentação acessível somente na coordenação do programa municipal de hanseníase.

4.2.7. *INDICADOR*: Legislação ou norma para deficiente físico

Uma das lacunas verificadas no município de Nova Iguaçu na área assistencial em saúde é a ausência de compromisso político da Secretaria Municipal de Saúde em implantar ações de média e alta complexidade voltadas aos portadores de deficiências físicas. A inexistência de um serviço especializado para essa clientela específica também afeta os portadores de comprometimentos sensitivo-motores decorrentes da hanseníase, que recebem uma precária assistência na prevenção e tratamento das incapacidades físicas em dois serviços de hanseníase: o ambulatório de dermatologia sanitária da referência municipal e a Unidade Mista de Austin.

4.2.8. *INDICADOR*: Trabalho de ONG com a hanseníase

Organizações Não Governamentais (ONG), como o Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN e o Instituto Brasileiro de Inovações em Saúde Social – IBISS, tem contribuído para a transformação de alguns compromissos em ações através do desenvolvimento de projetos sociais em hanseníase,

em parceria com a coordenação do programa de hanseníase de Nova Iguaçu. As atividades desenvolvidas fazem parte de projetos de educação em saúde junto aos pacientes; na busca ativa dos casos que não tenham comparecido a tomada da dose supervisionada ou tenham abandonado o tratamento. Trabalhos são realizados junto às comunidades locais, na divulgação de informações atualizadas sobre o agravo.

No que diz respeito aos resultados da análise das observações feitas nas quatro modalidades de atenção a saúde, referente a autonomia política atribuída aos gerentes locais de saúde, observou-se a sua inexistência também no nível local. Os quatro indicadores trabalhados no nível local, como evidencia o Quadro 9, o envolvimento do serviço de saúde com a execução do diagnóstico, tratamento e avaliação do grau de incapacidade dos pacientes em registro nas modalidades de atenção a saúde avaliadas.

QUADRO 9: Indicadores da Matriz Descritiva referente a autonomia política segundo as modalidades de saúde segundo, Nova Iguaçu, julho de 2001.

	MODALIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE			
	1	2	3	4
Elaboração de Plano de Ação pela Modalidade de Atenção a Saúde	Não	Não	Não	Não
Definição de prioridades e metas locais de saúde	Não	Não	Não	Não
Inclusão da hanseníase no conjunto das prioridades locais de saúde	Sim	Não	Não	Sim
Envolvimento da modalidade de saúde na implantação das ações de eliminação da hanseníase	Sim	Sim	Sim	Não
Aplicação de indicadores de monitoramento das atividades de hanseníase	Não	Não	Não	Não

A análise dos oito indicadores que compõem a Matriz Descritiva referente a Autonomia Política demonstraram, em sua grande maioria, que o município de Nova Iguaçu ainda se encontra na esfera das intenções, dos compromissos, não transformando-os em ações efetivas que possam promover uma política que atenda as reais necessidades e anseios da população no que diz respeito a sua saúde. Ainda que tenha sido formalizado pelo governo municipal um Protocolo de Intenções para a eliminação da doença em parceria com o governo estadual e as entidades civis locais, representada pelo MORHAN, não há a definição de diretrizes e metas municipais para reduzir a doença no município. O CMSNI também não assumiu formalmente nenhum compromisso com a referida proposta. O esforço para o desenvolvimento de ações que efetivem a descentralização das ações de eliminação em toda a rede básica de saúde é da área técnica, especificamente da coordenação municipal do programa de hanseníase,

que vem nos últimos dois anos tentando solitariamente implantar o diagnóstico e o tratamento na rede básica local. Não foi evidenciado o apoio da coordenação do PSF e PACS na integralização das ações de hanseníase em seus módulos. Observam-se problemas no cumprimento da Legislação sobre o Controle de Hanseníase no Brasil (Portaria nº1073/2000): as instruções normativas no que diz respeito o diagnóstico e ao tratamento não vem sendo cumpridas por alguns profissionais médicos.

A ausência de uma política municipal de atenção aos portadores de deficiências físicas também pode ser considerada outro determinante das desigualdades sociais. A Secretaria Municipal de Saúde não tem um centro de reabilitação próprio para atender os portadores de deficiências físicas. Esta demanda é atendida nos serviços privados conveniados. O acesso dos portadores de comprometimentos sensitivo-motores decorrentes da hanseníase é parcial. O setor de dermatologia sanitária da modalidade de atenção a saúde 1 conta na sua equipe com duas fisioterapeutas, que realizam alguns procedimentos, principalmente de educação em saúde, voltados a essa clientela. Pacientes que requeiram atenção de média complexidade em reabilitação são referenciados para outras instituições de saúde do estado.

Baseados nos resultados obtidos com a aplicação dos oito indicadores que caracterizam o grau de autonomia política de Nova Iguaçu, podemos pensar que, embora exista o Conselho Municipal de Saúde e o Plano Municipal de Saúde torna-se necessário à intensificação de ações tanto na esfera municipal como local para que avanços ocorram no setor saúde daquele município. Essas ações ainda estão, em sua grande maioria, no âmbito das intenções.

4.3. AUTONOMIA FINANCEIRA

Na autonomia financeira, aqui entendida como a capacidade de investimento de recursos financeiros provenientes das transferências fundo a fundo do Sistema Único de Saúde e das receitas fiscais do município, a análise do grau de envolvimento do município de Nova Iguaçu nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde de sua população, demonstrou problemas na aplicação . Os cinco indicadores da autonomia financeira que compõem a Matriz Descritiva demonstraram a fragilidade do governo em relação à aplicação eficiente e efetiva de recursos no setor saúde.

A análise da autonomia financeira do município de Nova Iguaçu demonstrou problemas na aplicação de verba para o desenvolvimento das ações de eliminação da hanseníase no nível municipal e local, como demonstram os indicadores a seguir.

4.3.1. *INDICADOR*: Elaboração de proposta orçamentária para o setor saúde

De acordo com o gestor municipal de saúde anualmente é elaborada uma proposta orçamentária para o setor de saúde de Nova Iguaçu. Esta proposta, entretanto, não especifica a aplicação dos recursos segundo as ações programáticas desenvolvidas no município; ela é uma proposta generalizada, abrangente.

Nas atas das reuniões constatou-se o baixo grau de compromisso do CMS de Nova Iguaçu na definição da aplicação dos recursos do setor saúde. As discussões sobre este indicador estão bem mais direcionadas aos interesses partidários e clientelistas locais, ao invés de atender as reais necessidades da população, de acordo com a visão de seu presidente. O quadro abaixo sumariza os conteúdos registrados nas quatorze atas analisadas nesta pesquisa.

QUADRO 10: Sumário das Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, janeiro de 2000 a fevereiro de 2001. Nova Iguaçu – Rio de Janeiro.

DATA	ESPECIFICAÇÃO DE CONTEÚDO
28/02/2000	- Compra de ambulância para US de Cabucú
20/03/2000	- Repasse recurso do PEA
03/04/2000	- Financiamento em saúde: manutenção do teto financeiro
09/05/2000	-
18/05/2000	- Compra de equipamento de ressonância magnética
05/06/2000	
19/06/2000	- Criação das comissões internas do CMSNI
06/07/2000	-
07/08/2000	-
04/09/2000	-
09/10/2000	Corte de verba no Hospital São José
06/11/2000	- Esclarecimentos sobre tetos financeiros - Criação da Comissão de Fiscalização do Fundo Municipal de Saúde
04/12/2000	-
08/01/2001	-
17/01/2001	- Criação de uma comissão para acompanhar as compras de materiais pelo Consórcio da Baixada
07/02/2001	-

Durante o primeiro semestre de 2000, de acordo com os relatórios das atas do CMS, a aplicação de recursos esteve relacionada à aquisição de bens de consumo e a manutenção do teto financeiro da saúde. Em momento algum foi expressa a

preocupação em aplicar recursos para oferecer uma assistência com qualidade ou favorecer um controle eficiente, efetivo e eficaz das doenças endêmicas e transmissíveis.

Em junho de 2000 identificou-se a realização de uma reunião extraordinária para discutir a criação e aprovação das comissões internas do CMSNI: de Orçamento, Qualidade e Gestão de Saúde, Insumos e Medicamentos. Ainda que tenham sido criadas essas comissões, não foi observado o relato nos meses posteriores da atuação das referidas comissões.

No que se refere à definição do repasse de recursos para as gerências locais de saúde, a Proposta Orçamentária também não contempla este item. Não existe a liberação formal de alguma verba de pronto pagamento pela secretaria de saúde às unidades públicas de saúde. Essas funcionam com os recursos materiais e humanos liberados pelo nível central municipal. O quadro 11 apresenta as respostas dos gerentes das quatro modalidades de saúde em análise em relação a autonomia financeira concedida pelo governo municipal:

QUADRO 11: Distribuição das modalidades de atenção a saúde segundo indicadores da matriz descritiva referente à autonomia financeira, Nova Iguaçu, julho de 2001.

	MODALIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE			
	1	2	3	4
Disponibilidade de recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de saúde	Não	Não	Não	Não

As respostas fornecidas pelos gerentes locais vêm ao encontro das informações dadas pelo gestor de saúde. Eles não são autônomos na resolução imediata dos problemas financeiros ou administrativos que possam surgir na rotina das unidades de saúde. Para a solução dessas limitações é necessário recorrer ao nível central em busca de apoio técnico ou de recursos.

4.3.2. *INDICADOR:* Aplicação, movimentação e execução financeira e orçamentária do fundo de saúde, transferidos pelo PAB/SUS parte fixa (assistência básica) e parte variável (PACS, PSF) para o atendimento de hanseníase.

Quando questionado sobre a aplicação de recursos financeiros na saúde, o gestor municipal de saúde informou que os mesmos são destinados a saúde como um todo.

“Apesar da verba do PAB só cobrir 50% do faturamento da rede de saúde do município, estas financiam o desenvolvimento das ações de aceleração da eliminação da hanseníase do município. Investimentos com recursos próprios do município também são feitos em hanseníase, no que se refere a pagamento e capacitação de pessoal para atendimento da demanda específica”.

Não há informação sobre o percentual do PAB fixo e variável, destinados à hanseníase. O baixo envolvimento do Programa Saúde da Família na oferta de atendimento em hanseníase às populações adstritas aos módulos do referido programa, não garante a aplicação de recursos desta fonte para o desenvolvimento destas ações programáticas. Do total de equipes do PSF implantadas no município no momento da realização do trabalho de campo (n=7) apenas dois módulos (um com três equipes e outro com uma equipe) atendiam os casos de hanseníase de suas áreas.

As atas das reuniões do CMS não relatam sua participação na elaboração da proposta orçamentária do município para os anos 2000 e 2001. Também não há registro de acompanhamento do conselho na aplicação, movimentação, execução financeira e orçamentária do fundo de saúde, transferidos pelo PAB/SUS partes fixa e variável.

Ainda que este indicador possa ser considerado uma ação assumida pelo município de Nova Iguaçu, uma vez que procedimentos específicos de hanseníase são pagos com recursos do PAB- parte fixa, algumas ações poderiam ser custeadas com essa verba no desenvolvimento de atividades de treinamento para efetivar o diagnóstico e tratamento em toda a rede básica de saúde, acelerando o processo de eliminação da hanseníase.

4.3.3. *INDICADOR*: Investimento de tributos municipais no atendimento aos portadores de hanseníase

Para o gestor municipal de saúde o município injeta recursos próprios de modo geral, promovendo o pagamento de salários, obras e combustível. Os recursos destinados ao atendimento dos portadores de hanseníase na rede de saúde são insuficientes.

“Só há verba da Programação Pactuada Integrada (PPI) para agilizar a compra de materiais para a hanseníase. Entretanto, não

há carência numérica de recursos humanos para assistir os hansenianos”.

Este indicador demonstra que o município de Nova Iguaçu não possui uma política de investimento de recursos financeiros próprios nas ações programáticas e de eliminação. O Programa Municipal de Hanseníase não recebe da Secretaria Municipal nenhum recurso para desenvolver um Plano Municipal de Aceleração da Eliminação da Hanseníase.

4.3.4. *INDICADOR*: Garantia do acesso universal da população aos serviços de saúde.

Embora O CMSNI afirme como certo o acesso universal da população aos serviços de saúde indiferente de suas condições econômicas, o secretário de saúde, no momento da entrevista, não forneceu essa mesma garantia às ações programáticas de hanseníase. Tal fato pode ser comprovado pela baixa cobertura de serviços de saúde com ações de eliminação da hanseníase implantadas em Nova Iguaçu e pela inexpressiva prioridade dada pelo CMS à meta de eliminação da doença como problema de saúde pública, como demonstraram os resultados da Autonomia Política, apresentados anteriormente.

4.3.5. *INDICADOR*: Aplicação de recursos da saúde na assistência aos portadores de deficiência física, inclusive hanseníase.

Mesmo havendo a alocação de recursos financeiros, segundo o secretário de saúde, para tratamento de deficientes físicos, este é feito pela rede privada conveniada. Esse tipo de assistência, entretanto, não é estendida aos portadores de incapacidades físicas provocadas pela hanseníase.

Em relação ao compromisso da aplicação de recursos financeiros na área assistencial, em nenhum momento foram observadas evidências que os conselheiros de saúde tenham aprovado a alocação de verbas para atender as necessidades dos deficientes físicos ou garantir o acesso universal dos casos de hanseníase aos serviços de saúde do município, ou ainda, de uma política de investimentos de tributos municipais na saúde que contemplasse os casos de hanseníase.

Na avaliação dos resultados advindos dos cinco indicadores que compõem a matriz descritiva no que diz respeito à Autonomia Financeira, é possível concluir que

inexiste uma política financeira onde os recursos são aplicados para atender as reais necessidades da população, e conseqüentemente dos portadores de hanseníase. A aplicação dos recursos seja advinda das esferas federal e estadual ou do próprio município, ainda se encontra na esfera do compromisso. Não foi evidenciada nas atas da reuniões do CMSNI a apresentação de relatórios das comissões internas do CMSNI: de Orçamento, Qualidade e Gestão de Saúde, Insumos e Medicamentos sobre a aplicação, movimentação e execução financeira e orçamentária do fundo municipal de saúde. A aplicação eficiente de recursos financeiros voltados à melhoria da saúde de seus munícipes ainda se encontra no âmbito da intenção tanto da Secretaria Municipal de Saúde como pelo Conselho Municipal de Saúde.

4.4. AUTONOMIA ADMINISTRATIVO/ GERENCIAL

Na análise do grau de autonomia gerencial e administrativa, foram abordadas as seguintes questões: definição de estratégias de organização dos serviços de saúde (número de unidades básicas de saúde) e da capacidade instalada das unidades de análise (horário de funcionamento, número de consultórios, recursos humanos segundo categorias profissionais); política de acompanhamento e avaliação da qualidade e produtividade dos serviços de saúde do SUS prestados à população; estratégias de descentralização gerencial e administrativa das ações de saúde, inclusive hanseníase para as unidades de saúde; política de manutenção de insumos e materiais em toda a rede municipal de saúde; estratégias de funcionalidade das unidades básica de saúde.

Neste item avaliou-se a habilidade do órgão central da secretaria de saúde e das modalidades de atenção à saúde no desenvolvimento de uma política de acompanhamento e avaliação da qualidade e produtividade dos serviços de saúde do SUS prestados à população. No contexto da hanseníase, esta autonomia atrela-se a capacidade do município em desenvolver as ações de saúde, inclusive de hanseníase.

Ainda que se tenha definido os indicadores da plena autonomia administrativo/gerencial que o município precisaria atingir para ser considerado autônomo, é preciso lembrar que esta dimensão de autonomia também depende da autonomia financeira para atingir os resultados propostos. A definição de como e onde serão aplicados os recursos financeiros pelo Plano Orçamentário, determinará a missão institucional no que diz respeito à garantia do acesso da população as ações e serviços de saúde com qualidade, em nosso caso, as ações de hanseníase.

4.4.1. *INDICADOR*: Definição de estratégias de organização dos serviços de saúde.

No tocante a definição de estratégias de organização dos serviços públicos de saúde, o gestor municipal de saúde salientou que o tema havia sido discutido apenas na Conferência Municipal de Saúde. Nas reuniões ordinárias do CMS esta discussão não entrou em pauta. Para o gestor municipal de saúde *“a mudança na participação dos conselheiros passa pela sua capacitação. Hoje as discussões sobre a organização dos serviços passam por interesses políticos partidários e não técnicos”*.

Segundo o relato dos gerentes locais de saúde das modalidades de atenção à saúde 1 (CSV) e 3 (PSF), a comunidade tem participado da organização dos serviços de saúde em reuniões que buscam uma melhor resolutividade no atendimento oferecido pelos programas desenvolvidos nestas modalidades.

A análise dos indicadores da Matriz Descritiva mostrou que nas quatro modalidades de saúde estudadas foram delegados poderes administrativos aos gerentes locais, principalmente nas questões relacionadas a recursos humanos, definindo a oferta de atendimento médico e de enfermagem à população, inclusive nos módulos de equipe de família. As rotinas de funcionamento dos serviços de saúde são elaboradas pelo nível local.

A avaliação deste indicador traduz a inexistência de compromisso da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde de Nova Iguaçu em implantar estratégias de organização dos serviços de saúde onde a participação social possa garantir a capacidade instalada da rede básica de saúde.

4.4.2. *INDICADOR*: Política de acompanhamento e avaliação da qualidade e produtividade dos serviços de saúde do SUS prestados à população

O gestor municipal de saúde declarou que Nova Iguaçu possui uma política de acompanhamento e avaliação apenas da produção dos serviços prestados à população pela rede básica de saúde.

“O acompanhamento da qualidade dos serviços de saúde prestados a população está em fase de implantação”.

Não foram evidenciadas nas atas de reuniões do CMS discussões que definissem estratégias para a organização dos serviços públicos de saúde, priorizando a qualidade dos serviços oferecidos as demandas das unidades de saúde.

A avaliação deste indicador demonstra que existe por parte do governo municipal apenas o compromisso para desenvolver uma política de acompanhamento e avaliação da qualidade e produtividade dos serviços de saúde. Não foi observada nenhuma determinação no sentido de transformar este compromisso em uma ação de qualidade através de processos gerenciais de planejamento, acompanhamento, supervisão e avaliação das ações de saúde.

4.4.3. *INDICADOR*: Estratégias de descentralização gerencial e administrativa das ações de saúde nas unidades de saúde, inclusive de hanseníase.

A Secretaria de Saúde de Nova Iguaçu também não tem definida estratégias para a descentralização de ações de saúde em sua rede. O Secretário Municipal de Saúde informa que *“as ações de saúde continuam ainda centralizadas no Centro de Saúde Vasco Barcellos. Para a descentralização da hanseníase há um protocolo de intenções”*.

Não foi evidenciada em nenhuma ata do CMS a relato de discussões sobre a necessidade de criar estratégias de descentralização gerencial e administrativa das ações de saúde que pudessem favorecer o acesso da população aos serviços de saúde públicos ou conveniados, de acordo com os níveis de complexidade da assistência.

Este é mais um indicador da autonomia administrativo/gerencial que se mantém na categoria de compromisso do governo municipal em universalizar o acesso da população aos serviços de saúde.

4.4.4. *INDICADOR*: Política de manutenção de insumos, materiais e medicação básica em toda a rede municipal de saúde.

Com relação aos recursos materiais, observou-se que nas unidades de saúde de maior porte com as modalidades classificadas como 1 e 2, há uma alocação de materiais e insumo, que não comprometem o desenvolvimento das atividades administrativas e técnicas locais. Também para o gerente da modalidade de atenção a saúde 3 o atendimento à população não sofre solução de continuidade pela falta de recursos materiais e insumos.

Entretanto observou-se neste estudo que as modalidades de atenção a saúde de menor porte, 3 e 4, possuíam dificuldade de acesso aos materiais e insumos para atendimento dos doentes de hanseníase. O gerente da modalidade de saúde 4 citou

somente problemas quantitativos de recursos humanos. Tal fato nos levou a pensar que nas demais ações de saúde também deva haver carência de material uma vez que o gerente local não possui verba de “pronto pagamento” para a compra imediata dos materiais que estejam em falta, tanto nos setores assistenciais quanto administrativos.

Na estrutura organizacional do setor de saúde de Nova Iguaçu é necessário solicitar ao órgão central da secretaria municipal de saúde, especificamente ao setor de almoxarifado, os recursos materiais necessários ao funcionamento da modalidade de atenção a saúde. Isso nos permitiu concluir que o gerente local possui autonomia para administrar os recursos humanos e os recursos materiais já disponibilizados na unidade de saúde sob sua responsabilidade. A transferência de poder às gerências locais de saúde ainda não é uma prática instituída no SUS de Nova Iguaçu, na implementação democrática de uma nova gestão em saúde que atenda as reais necessidades da população, identificadas pelos indicadores epidemiológicos/sociais e pelas informações provenientes das entidades representantes dos usuários.

Em relação à distribuição da medicação da Assistência Farmacêutica Básica, há uma limitação na dispensação de alguns medicamentos, por estes não fazerem parte do conjunto de remédios da atenção básica. Os pacientes que não possuem recursos financeiros próprios para adquirir medicações prescritas não podem ter acesso às mesmas.

Este pode ser considerado uma indicação de que ocorreu a transformação do compromisso em uma ação segundo a Matriz Descritiva, apenas nas duas modalidades de maior porte (1 e 2), uma vez que os gerentes locais em sua maioria alegaram a existência de materiais para o atendimento de sua demanda, inclusive aos doentes de hanseníase em tratamento naqueles serviços de saúde. Nas outras duas modalidades este indicador pode ser caracterizado apenas como um compromisso do município.

4.4.5. *INDICADOR*: Estratégias de funcionalidade das unidades básica de saúde

Apesar das restrições no que diz respeito à autonomia política existente no nível local, o gestor municipal de saúde garante a sustentabilidade administrativa e gerencial nas unidades de saúde de Nova Iguaçu. Para o gestor, as unidades básicas de saúde possuem autonomia administrativa e gerencial para organizar e manter em funcionamento a unidade sanitária.

Segundo a percepção dos dirigentes locais, com exceção da modalidade de atenção a saúde 4, não há problemas no funcionamento dos serviços de saúde

oferecidos à população. Nesta modalidade o desenvolvimento das ações dos programas de saúde implantado é prejudicado pela carência de recursos humanos para seu desenvolvimento, inclusive de hanseníase. Nesta modalidade, além do déficit de pessoal, também foi destacada a falta de material para atender a clientela local. Mesmo com os problemas acima expostos, considerou-se este indicador no nível de descentralização como uma ação em desenvolvimento pelas modalidades de atenção a saúde aqui estudadas.

Na avaliação da autonomia Administrativo/Gerencial do setor saúde do município de Nova Iguaçu constatou-se que, embora predomine um baixo nível desta autonomia, há um esforço das modalidades de atenção à saúde na resolução de seus problemas, sejam de aspectos administrativos como assistenciais. Verificou-se o baixo grau de autonomia municipal na definição de políticas que contemplem os aspectos administrativos e gerenciais na melhoria da qualidade da assistência prestada à população pela rede pública de saúde, segundo os níveis de complexidade definidos pelo SUS.

4.5. AUTONOMIA TÉCNICA

Na autonomia técnica trabalhou-se com um conjunto de nove indicadores que permitiram avaliar as atividades de controle de agravos de saúde desenvolvidas nas quatro modalidades de atenção a saúde visitadas, com destaque as ações programáticas de hanseníase; política de capacitação de recursos humanos; satisfação dos usuários dos serviços de saúde; sistema de informação em saúde (SINAN/Hansen); a política de controle e distribuição de medicamentos; estratégias para a implantação das ações programáticas de hanseníase; política de supervisão monitoramento das ações de eliminação da hanseníase; adesão dos pacientes em tratamento; apoio laboratorial. As informações para a construção destes indicadores foram obtidas através de observações feitas durante a visita as quatro modalidades de atenção a saúde e dos relatos feitos pelos profissionais responsáveis pelo atendimento dos casos de hanseníase registrados nesses serviços de saúde. Somam-se as observações feitas nas modalidades de atenção à saúde selecionadas, as informações fornecidas pelos técnicos responsáveis pelo atendimento de hanseníase no referidos locais.

Na oportunidade identificaram-se as atividades de controle da hanseníase desenvolvidas no município de Nova Iguaçu, com destaque às ações detecção ou diagnóstico e de tratamento da hanseníase. Cabe lembrar que a avaliação do grau de incapacidade física foi considerada uma ação de eliminação da hanseníase, por

necessitar a utilização de técnica específica, os testes de sensibilidade da córnea, mão e pés, para definir o grau de incapacidade física avaliado. Seu resultado determina a necessidade ou não da aplicação das técnicas de prevenção e/ou tratamento das incapacidades físicas, seja na própria unidade de saúde ou na referência municipal.

4.5.1. INDICADOR: Política municipal de controle dos agravos de saúde

A implementação de uma política de controle dos agravos de saúde na rede pública de saúde ainda se encontra na esfera do compromisso tanto do gestor municipal de saúde como do CMS de Nova Iguaçu. Tal fato pode ser comprovado no Quadro 12 que apresenta sumariamente os programas que estavam sendo desenvolvidos nas quatro modalidades de atenção a saúde visitas.

QUADRO 12: Distribuição dos agravos de saúde desenvolvidos nas quatro modalidades de atenção a saúde de Nova Iguaçu, julho de 2001.

	MODALIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE			
	1	2	3	4
DOENÇAS CRÔNICO DEGENERATIVAS:				
Diabetes	Sim	Sim	Sim	Sim
Hipertensão	Não	Sim	Sim	Sim
Cardiopatía	Não	Não	Sim	Não
Câncer	Não	Não	Não	Não
Dependência Química	Não	Não	Não	Não
DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS:				
Hanseníase	Sim	Sim	Sim	Sim
Tuberculose	Sim	Sim	Não	Não
DST/AIDS	Sim	Não	Não	Não
Imunoprevinível	Sim	Sim	Sim	Não

No conjunto das doenças crônico-degenerativas, observou-se que todas as modalidades de atenção à saúde trabalhadas realizam as ações programáticas de diabetes. A modalidade 1, entretanto, não desenvolve atividades do programa de controle da hipertensão, por se tratar, segundo o gerente local de um centro municipal de vigilância em saúde pública, com ações voltadas principalmente ao controle de doenças endêmicas e transmissíveis. As demais modalidades de saúde desenvolvem atividades de controle voltadas aos hipertensos.

Com relação às ações de controle de cardiopatias, somente a modalidade 3 informou conhecer e controlar as doenças cardíacas na população adstrita aos três módulos do PSF. Constatou-se também que não é uma prática das modalidades avaliadas desenvolver um programa voltado aos portadores de dependência química.

No que diz respeito ao controle de doenças transmissíveis, ainda que todas sejam doenças de notificações compulsórias, Nova Iguaçu não possui uma política de descentralização das ações programáticas de tuberculose e DST/AIDS. As atividades relacionadas ao controle da tuberculose estão sendo oferecidas apenas nas modalidades de atenção a saúde de maior porte, em nosso caso, as modalidades 1 e 2. Já em relação ao programa de DST e AIDs o controle e o atendimento aos portadores desses agravos estão concentradas no centro de saúde pública, a modalidade 1. Em decorrência das ações de vacinação estarem integradas ao Programa Nacional de Vacinação, incluindo as vacinas obrigatórias e de rotina, as atividades deste programa são desenvolvidas em um maior número de serviços de saúde. Em nosso estudo se observou que apenas a modalidade de saúde 4 não tem atividades de imunização implantadas.

A avaliação deste indicador demonstrou que ainda é pequeno o compromisso do município de Nova Iguaçu em desenvolver os programas de saúde nas unidades básicas de saúde voltados aos portadores de doenças crônicas degenerativas e de algumas doenças transmissíveis endêmicas no município. Este indicador será um compromisso transformado em uma ação de qualidade quando as unidades básicas de saúde implantarem as ações de controle dos agravos de saúde endêmicos no município.

4.5.2. INDICADOR: Política municipal de capacitação de recursos humanos em hanseníase.

Nas entrevistas ao gestor municipal de saúde e a coordenação municipal do programa de hanseníase foi relatada a preocupação do município em desenvolver nos últimos três anos uma política de capacitação dos profissionais da rede pública de saúde no que diz respeito às ações de diagnóstico e tratamento de hanseníase.

Entretanto o Quadro 13 mostra a necessidade do governo local definir estratégias para atrair um maior número de profissionais, com destaque ao médico para os cursos promovidos tanto pela Secretaria Municipal de Saúde como pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, uma vez que a frequência é baixa.

QUADRO 13: Distribuição dos técnicos envolvidos com as ações de hanseníase e que receberam treinamento específico segundo as modalidades de atenção à saúde, Nova Iguaçu, julho de 2001.

	MODALIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE							
	1		2		3		4	
	Treinado	Não Treinado	Treinado	Não	Treinado	Não Treinado	Treinado	Não Treinado
MÉDICO	6	6	1	1	3	3	2	-
ENFERMEIRO	1	1	1	1	2	1	-	-
FISIOTERAPEUTA	2	2	3	3	-	-	-	-
ASSIST.SOCIAL	1	1	1	-	-	-	-	-
N.MEDIO ENFERM	7	7	1	1	3	3	1	1
AGENTES SAÚDE	-	-	-	-	16	8	-	-

Observou-se que a grande maioria dos profissionais responsável pelo atendimento aos doentes de hanseníase participou de algum tipo de treinamento específico. Entretanto, foi identificada a necessidade de qualificar todos os médicos lotados na modalidade de atenção a saúde 1, por se tratar da referência municipal para esse agravo. Também há a necessidade de oferecer treinamentos aos profissionais médicos lotados na modalidade 4 e aos agentes de saúde da modalidade 3, na implantação do componente diagnóstico de casos novos da doença.

A avaliação deste indicador permitiu classificá-lo na categoria transformação do compromisso em ação, uma vez que vem sendo implementada uma política de capacitação de recursos humanos que visa cada vez aprimorar a qualidade da assistência prestada aos portadores de hanseníase registrados no município.

4.5.3. INDICADOR: Satisfação dos usuários dos serviços de saúde.

A preocupação com a satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde não faz parte da agenda político-técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu. Não foi evidenciada nas atas das reuniões do CMS a preocupação com o grau de satisfação dos usuários dos serviços de saúde em relação a qualidade dos serviços prestados e com a resolução de suas necessidades básicas afetadas.

Na visita as modalidades de atenção à saúde um dos critérios usados para avaliar a satisfação do usuário foi à garantia de atendimento sempre que os pacientes compareceram ao serviço de saúde. A presença constante de algum profissional de saúde para atendê-los sempre que se dirigiram ao serviço de hanseníase foi confirmada pelos usuários dos serviços de saúde. Para alguns pacientes o grau de satisfação esteve diretamente relacionado à oferta de atendimento médico. A presença da médica

responsável pelo atendimento de hanseníase na modalidade 2, em um curto horário de tempo semanal, foi motivo de insatisfação, destacada por duas pacientes daquele serviço.

Outra variável utilizada na avaliação da satisfação do cliente foi o conhecimento sobre a equipe prestadora de assistência em hanseníase na unidade que se encontrava registrado. Apesar do contato com a equipe de enfermagem ser mais freqüente do que com o médico, uma vez que o paciente mensalmente comparece ao serviço para a tomada da dose supervisionada, constatou-se a dificuldade na identificação nominal dos membros da enfermagem pelos pacientes. Tal fato é provavelmente decorrente do trabalho desta categoria profissional ser organizado em regime de plantão ou em turnos. Como pontos de estrangulamentos foram mencionados: a demora no atendimento na modalidade de atenção a saúde 1 e a baixa oferta de atendimento médico na modalidade de saúde 2.

Este é outro indicador da Matriz Descritiva que permitiu avaliar a inexistência do compromisso do município em utilizar a percepção dos usuários para avaliar a qualidade da atenção prestada nas unidades públicas de saúde, buscando soluções aos problemas técnicos e administrativos identificados pelos portadores de hanseníase

4.5.4. *INDICADOR*: Sistema de Informação (SINAN/Hansen)

Com relação ao sistema de informação, principal ferramenta para o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica, enfatizou-se a organização e a especificação dos dados gerais de saúde com destaque aos relacionados ao programa de hanseníase que subsidiam a construção dos indicadores epidemiológicos e operacionais do programa. A organização das informações de saúde no nível local se deu, na grande maioria, nos arquivos que contém os dados e/ou informações referente à clientela registrada na unidade de saúde. No projeto desta pesquisa foi dada ênfase ao modelo de organização desses arquivos, como descrevem os quadros 14 e 15.

QUADRO 14: Organização dos arquivos gerais das modalidades de atenção à saúde avaliadas, Nova Iguaçu, julho de 2001.

	MODALIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE			
	1	2	3	4
TIPOS DE ARQUIVOS:				
Prontuário de caso	Sim	Sim	Não	Sim
Prontuário de família	Não	Não	Sim	Não
Índice	Sim	Sim	Sim	Não
Aprazamento	Não	Não	Não	Não
Outros	Não	Não	Sim	Não
LOCALIZAÇÃO:	Descentralizado	Descentralizado	Centralizado	Centralizado
ORDENAÇÃO:	Numérica	Numérica	Numérica	Alfabética

Com exceção da modalidade 3, que obedecia a lógica de organização do próprio programa de saúde da família, as informações estavam armazenadas em um arquivo de prontuários de famílias, um arquivo do agente comunitário de saúde e um arquivo de acompanhamento, todos centralizados. As demais modalidades de atenção a saúde tinham implantado o arquivo de prontuário de caso, ordenados numericamente e o arquivo índice, separados por área específica. Esses arquivos estavam localizados em seus respectivos setores.

Embora todos os prontuários de casos da modalidade 4 estivessem centralizados numa mesma sala, estes estavam separados em gavetas por área programática. Os dados de hanseníase, pela própria lógica organizacional do programa municipal, estão dispostos separadamente do arquivo geral, fugindo à regra de um arquivo único para todos os agravos de saúde.

QUADRO 15: Organização do arquivo de hanseníase segundo as modalidades de atenção a saúde, Nova Iguaçu, julho de 2001.

	MODALIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE			
	1	2	3	4
TIPOS DE ARQUIVOS:				
Prontuário de caso	Sim	Sim	Não se aplica	Sim
Prontuário de família	Não se aplica	Não se aplica	Sim	Não se aplica
Índice	Sim	Sim	Sim	Não
Aprazamento	Sim	Sim	Não	Não
Outros	Não	Não	Sim	Não
LOCALIZAÇÃO:	Setor de hanseníase	Setor de hanseníase	Arquivo central	Arquivo central
ORDENAÇÃO:	Numérica	Numérica	Numérica	Alfabética

Obedecendo a mesma lógica organizacional do arquivo central, o tipo de arquivo adotado pela coordenação do programa de hanseníase é o de caso, que estava localizado no setor de hanseníase das modalidades de atenção a saúde 1 e 2. Na modalidade 4 os prontuários de casos estavam em uma gaveta específica do arquivo central. Em decorrência das modalidades de saúde 1 e 2 possuem um maior número de registro de pacientes, a coordenação municipal de hanseníase implantou o arquivo de aprazamento, que permite informar rapidamente a situação administrativa de cada paciente.

Enfatizou-se também nesta pesquisa, como mostra o Quadro 16, a composição do prontuário de hanseníase, identificando as fontes de dados existentes em cada modalidade de atenção à saúde avaliada, subsidiando a análise quanti/qualitativa do registro dos dados dos prontuários.

QUADRO 16: Composição do prontuário hanseníase segundo as modalidades de atenção a saúde, Nova Iguaçu, julho de 2001.

	MODALIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE			
	1	2	3	4
Ficha de Investigação Epidemiológica SINAN/Hansen	Sim	Sim	Sim	Sim
Ficha de anamnese com evolução clínica	Sim	Sim	Não	Sim
Ficha de acompanhamento da evolução clínica	Sim	Sim	Não	Não
Resultados de exames laboratoriais	Sim	Sim	Sim	Não
Ficha Resumo PQT	Sim	Sim	Sim	Não
Ficha de Avaliação do Grau de Incapacidade (MS)	Sim	Não	Sim	Não
Outra	Não	Sim	Sim	Não

O prontuário do caso de hanseníase é formado pelos formulários próprios da organização dos dados básicos municipais (anamnese e evolução clínica) e pelos impressos específicos do programa, que permitem monitorar a adesão do paciente ao tratamento e a construir os indicadores essenciais do programa de hanseníase. Mantendo o mesmo padrão organizacional dos demais itens observados, estes instrumentos foram encontrados devidamente preenchidos nas modalidades de saúde 1, 2 e 3. Já na modalidade 4 o prontuário de hanseníase possuía apenas as fichas SINAN/Hansen e de evolução clínica própria do município.

Os dados referentes à entrada e a saída dos casos no registro ativo eram encaminhados à coordenação municipal de hanseníase para posterior repasse ao centro de processamento de dados da secretaria municipal de saúde, responsável pela alimentação de todos os sistemas de informação em saúde do município. Com relação à alimentação dos dados SINAN/Hansen, segundo informação fornecida pelos técnicos

locais, não existia a implantação de um fluxo de informação oficial no repasse sistemático dos dados ao nível central, permitindo monitorar e avaliar o comportamento epidemiológico deste agravo assim como subsidiar as ações de planejamento, programação e gerência dos serviços de saúde. Tal fato pôde ser comprovado na análise do banco de dados de hanseníase realizado nas modalidades de atenção à saúde selecionadas, que apresentaram um super registro de casos, decorrente da manutenção de paciente em critério de alta no registro ativo.

Em decorrência da pouca agilidade do município em manter atualizado o banco de dados SINAN/Hansen, através da implantação de um fluxo contínuo de informação, este indicador foi categorizado com um indicador apenas de compromisso da Matriz Descritiva.

4.5.5. *INDICADOR*: Política de distribuição e controle de medicamentos, inclusive do Programa de hanseníase.

Apesar do armazenamento, controle e distribuição de hansenostáticos e anti-reacionais ser de responsabilidade do Setor de Farmácia Central da Secretaria Municipal de Saúde, quem fazia o monitoramento do estoque dessa medicação na rede básica era a Coordenação Municipal de Hanseníase. Quando a coordenadora identifica a falta de medicação em alguma unidade de saúde, providências foram prontamente adotadas na reposição dessa medicação.

Na percepção dos pacientes havia medicação disponível para o tratamento de hanseníase nas modalidades de atenção à saúde avaliadas. Somente na modalidade 1 durante o ano de 2000 houve falta de remédio, decorrente da obra de edificação realizada em todo o centro de saúde, que atrapalhou o funcionamento dos serviços oferecidos a população.

De acordo com as três categorias que caracterizam os níveis de descentralização este indicador pode ser classificado como um compromisso transformado em ação uma vez que existia no momento da realização desta pesquisa a determinação municipal de controlar e distribuir a medicação, mesmo que essa atividade tenha sido assumida por quem não fosse de direito ou responsável, o setor de farmácia.

4.5.6. *INDICADOR*: Estratégias para implantação das ações programáticas de hanseníase.

Embora as ações de eliminação: diagnóstico, avaliação do grau de incapacidade física e tratamento da hanseníase tenham sido definidas como prioridade nesta pesquisa, aproveitou-se a oportunidade para observar nas unidades selecionadas se os demais componentes de controle (vigilância epidemiológica de contatos, prevenção de incapacidades e educação em saúde) estavam implantados. Optou-se então por se detalhar as informações coletadas segundo cada componente de controle avaliado.

Na detecção de casos novos de hanseníase, trabalhou-se o modo de detecção, como mostra o Quadro 17:

QUADRO 17: Identificação do modo de detecção dos casos novos de hanseníase segundo as modalidades de atenção a saúde segundo. Nova Iguaçu, julho de 2001.

MODO DE DETECÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE	MODALIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE			
	1	2	3	4
DEMANDA ESPONTÂNEA	Sim	Sim	Não	Não
ENCAMINHAMENTO	Sim	Sim	Sim	Não
EXAME DE COLETIVIDADE	Sim	Não	Não	Não
INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO	Sim	Não	Não	Não
EXAME DE CONTATO	Sim	Sim	Não	Não

A avaliação do modo de detecção de casos novos de hanseníase demonstrou que a descoberta dos casos ocorreu nas modalidades de saúde 1 e 2 por apresentação espontânea ou através de encaminhamento realizado por outros profissionais de saúde, com destaque aos médicos da rede conveniada ou privada de saúde do município. Foi surpresa constatar-se na visita feita a modalidade de saúde 3 que o diagnóstico de casos de hanseníase não vem sendo realizado pelas médicas das três equipes de PSF. Embora tenham participado de treinamentos em hanseníase, na rotina de atendimento apenas vinha sendo realizado o diagnóstico de suspeito. A detecção de casos novos era naquela modalidade feita por encaminhamento de outros profissionais da rede de saúde ou por transferência de pacientes de outros serviços. Na modalidade de saúde 4 não estava implantada a ação de diagnóstico de caso.

O segundo componente estudado foi o tratamento que adota a poliquimioterapia como o único esquema de tratamento, em obediência a legislação brasileira (MS, 2000). O próximo apresenta os diversos esquemas poliquimioterapia adotados pelas modalidades de atenção à saúde avaliadas.

QUADRO 18: Esquemas terapêuticos Poliquimioterapia/OMS utilizados no tratamento de hanseníase segundo as modalidades de atenção a saúde, Nova Iguaçu, julho de 2001.

ESQUEMAS DE TRATAMENTO DA HANSENÍASE	MODALIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE			
	1	2	3	4
PQT/MB ADULTO (12 CARTELAS)	Sim	Sim	Não	Sim
PQT/MB ADULTO (24 CARTELAS)	Sim	Não	Sim	Sim
PQT/MB INFANTIL (12 CARTELAS)	Sim	Não	Não	Não
PQT/MB INFANTIL (24 CARTELAS)	Sim	Não	Não	Não
PQT/PB ADULTO (6 CARTELAS)	Sim	Sim	Não	Não
PQT/PB INFANTIL (6 CARTELAS)	Sim	Não	Não	Sim
PQT/PB ROM	Sim	Não	Não	Não
OUTROS	Não	Não	Não	Não

A modalidade de atenção à saúde 1 pela sua categoria de média complexidade, adotava todos os esquemas de tratamento, padrão e alternativos, determinados pelo Ministério da Saúde. As demais modalidades de saúde utilizavam apenas tratamento padrão PQT (MB e PB adulto e infantil). Nas quatro modalidades de atenção a saúde a ministração da dose supervisionada e a liberação da medicação auto-administrada era feita no próprio serviço. Entretanto as modalidades 1 e 3 também realizavam o tratamento domiciliar, sob a responsabilidade de um auxiliar de enfermagem ou de um agente de saúde, quando o paciente apresentava problemas de saúde que o impedia de comparecer ao serviço.

Apesar da duração do tratamento de hanseníase ser definido nas Instruções Normativas (nº GM/1073/2000) do Ministério da Saúde de acordo com a classificação operacional de cada caso (PB- 6 doses e MB- 12 doses), verificou-se a insegurança de alguns médicos das modalidades de atenção a saúde 1 e 3 em prescrever a alta por cura após o paciente ter completado o esquema padrão PQT/OMS.

Embora não se tenha incluído na análise do modelo lógico a educação em saúde como um componente de eliminação da hanseníase, durante as visitas às modalidades de atenção a saúde não foi possível deixar de observar as atividades de educação que estavam sendo desenvolvidas. Entendeu-se que o mesmo está inserido nos demais componentes de controle (diagnóstico, tratamento e prevenção e tratamento das incapacidades físicas), devendo estar direcionado ao doente de hanseníase e sua família e, transpor os muros dos serviços de saúde para englobar a população geral. O quadro 19 apresenta o público alvo a quem é direcionada o componente educação em saúde nas modalidades de atenção a saúde

QUADRO 19: Desenvolvimento do componente educação em saúde segundo a população alvo e as modalidades de atenção a saúde, Nova Iguaçu, julho de 2001.

	MODALIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE			
	1	2	3	4
PACIENTE:				
Individual	Sim	Sim	Não	Não
Sala de Espera	Sim	Não	Não	Não
FAMÍLIA:				
Individual	Sim	Não	Não	Não
Sala de Espera	Não	Não	Não	Não
COMUNIDADE:				
Palestra	Sim	Não	Não	Não
Outras	Não	Não	Não	Não

Novamente se constatou que o maior desempenho na execução das atividades de controle da hanseníase, inclusive as atividades de educação em saúde, ocorreu nas unidades de saúde com maior oferta de ações e serviços, as modalidades de atenção a saúde 1 e 2. Além das orientações dadas aos pacientes durante a consulta médica e o atendimento de enfermagem, grupos de auto-ajuda vinham sendo trabalhados por técnicos do IBISS, sob a coordenação do município. As famílias eram orientadas sobre a importância da investigação epidemiológica de contatos que convivem com portadores da doença; e sobre os sinais precoces da hanseníase. Dentre outras atividades educativas voltadas à comunidade estavam as campanhas pontuais de divulgação promovidas pelo MORHAN, em parceria com a coordenação do programa e profissionais de saúde da modalidade 1.

Embora tenha sido priorizada apenas a avaliação do grau de incapacidade no componente prevenção das incapacidades físicas, aproveitou-se a oportunidade para checar se outras atividades de prevenção e/ou tratamento das incapacidades estavam sendo oferecidas aos portadores de comprometimentos sensitivo motores decorrentes da hanseníase, como mostra o quadro 20 abaixo:

QUADRO 20: Atividades de prevenção e tratamento de incapacidades físicas de hanseníase desenvolvidas nas modalidades de atenção a saúde, Nova Iguaçu, julho de 2001.

	MODALIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE			
	1	2	3	4
AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE:				
No momento do diagnóstico	Sim	Sim	Não	Não
No momento da alta por cura	Não	Não	Não	Não
AVALIAÇÃO SENSITIVO MOTORA:				
No momento do diagnóstico	Sim	Não	Não	Não
Quando apresenta queixas	Sim	Não	Não	Não
Semestralmente	Não	Não	Não	Não
Neurites e reações	Sim	Não	Não	Não
No momento da alta por cura	Não	Não	Não	Não
APLICAÇÃO DE TÉCNICAS SIMPLES				
Hidratação	Não	Não	Não	Não
Lubrificação	Não	Não	Não	Não
Exercícios	Sim	Não	Não	Não
Adaptação de instrumento de trabalho	Não	Não	Não	Não
Curativo	Não	Sim	Não	Não
Adaptação de calçados	Não	Não	Não	Não
Marcha	Sim	Não	Não	Não
Educação em Saúde	Sim	Não	Não	Não

Como relação à avaliação do grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, verificou-se que este procedimento não foi incorporado pelas quatro modalidades de atenção a saúde; esta técnica somente era realizada nas modalidades 1 e 2. Ainda que a avaliação do grau de incapacidade no momento da alta por cura também seja uma determinação da norma nacional, por permitir avaliar a eficiência dos serviços através da construção do indicador coorte de curados com seqüelas; ainda que a avaliação grau deva ser empregada para definir as condutas de acompanhamento dos pacientes com deformidades físicas após alta por cura pelo setor de fisioterapia, essa não foi uma prática assumida pelos profissionais de saúde responsáveis pela assistência em hanseníase na rede do município de Nova Iguaçu.

A avaliação sensitiva motora não é considerada um procedimento das ações básicas de saúde, portanto, não precisa ser operacionalizada nas unidades básicas de saúde; ela deve ser executada pelos serviços de média complexidade que possuam profissionais de nível superior (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro ou médico), devidamente treinados. Portanto as modalidades que possuem um setor de reabilitação física ou fisioterapia (1 e 2), poderiam oferecer esta atenção especializada.

A aplicação de técnicas de prevenção e tratamento das incapacidades aos portadores de comprometimentos sensitivo motores estava parcialmente sendo realizada apenas na modalidade 1. Apesar da modalidade de saúde 2 possuir um setor de

fisioterapia, com três profissionais devidamente treinados, nenhum tratamento fisioterápico era prestado aos doentes de hanseníase com incapacidades físicas. Curativos eram realizados, sempre que necessário, nos doentes de hanseníase pelo setor de curativos da unidade.

Com relação à vigilância epidemiológica de contatos as informações demonstraram que a operacionalização deste componente de controle é ineficiente nas modalidades avaliadas, não fugindo ao padrão estadual de baixa cobertura de exame físico e de aplicação de BCG realizados nos contatos intradomiciliares como mostra o Quadro 21 abaixo:

QUADRO 21: Desenvolvimento da vigilância epidemiológica de contato segundo as modalidades de atenção a saúde, Nova Iguaçu, julho de 2001.

	MODALIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE			
	1	2	3	4
INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA: Rotina de exame de contato no serviço	Sim	Sim	Não	Não
APLICAÇÃO DE BCG (INTRADÉRMICO): 1ª DOSE	Sim	Sim	Não	Não
2ª DOSE	Sim	Sim	Não	Não

Observou-se na análise deste indicador que as ações de vigilância de contato eram realizadas na rotina de atendimento das modalidades de saúde 1 e 2. Os contatos da única paciente em tratamento na modalidade de saúde 3 foram examinados e devidamente vacinados quando esta estava em tratamento na modalidade de saúde 2. Cabe enfatizar, entretanto, que a referida modalidade possuía as condições necessárias (pessoal treinado e programa de vacinação implantado) para realizar a referida atividade. Os contatos do paciente em registro ativo na modalidade de saúde 4 foram examinados durante uma das visitas domiciliares feitas ao paciente, quando esse abandonou o tratamento, com posterior encaminhamento dos familiares à unidade de saúde para a aplicação do BCG.

Se considerarmos como prioritários a desenvolvimento dos componentes diagnóstico de casos novos e tratamento, dentre as categorias da Matriz Descritiva este indicador foi avaliado com um compromisso transformado em ação.

4.5.7. *INDICADOR*: Política de supervisão e monitoramento das ações de eliminação da hanseníase na rede básica de saúde.

De acordo com o gestor municipal de saúde não existe uma política de supervisão das ações de eliminação desempenhadas pelos profissionais responsáveis pelo atendimento dos doentes de hanseníase registrados no município de Nova Iguaçu.

Constatou-se o esforço da coordenadora municipal do programa de controle da hanseníase em supervisionar as treze unidades de saúde que desenvolvem as ações programáticas de diagnóstico e/ou tratamento da hanseníase. *“A dificuldade de o município disponibilizar uma viatura oficial inviabiliza a operacionalização de um cronograma de visitas mensais as unidades de saúde”*.

Os gerentes locais das modalidades de atenção a saúde 1 e 3 relataram que são supervisionados rotineiramente pelos técnicos do nível central da Secretaria Municipal de Saúde. No que diz respeito a Modalidade 1 tal fato é decorrente da Superintendência de Saúde Coletiva e da Coordenação do Programa de Hanseníase estar instalado dentro do próprio centro de saúde. Já o PSF de Nova Iguaçu possui recursos próprios para supervisionar suas unidades de saúde da família, não sendo entretanto garantida a supervisão das tarefas do programa de hanseníase executadas por suas equipes. Os gerentes das modalidades 2 e 4 informaram que durante o ano 2000 e 2001 as supervisões do programa de hanseníase não foram sistemáticas e contínuas.

Ainda que exista o compromisso da Coordenação Municipal de Hanseníase em supervisionar e monitorar as atividades de hanseníase desenvolvidas pela rede básica de saúde, este compromisso não foi transformado em uma ação, onde o município tenha implantado uma política de supervisão.

4.5.8. *INDICADOR*: Estratégias para manter uma alta adesão de pacientes ao tratamento de hanseníase.

Embora tenha sido assegurada pela Secretaria Municipal de Saúde a assistência aos portadores de hanseníase em registro ativo nas quatro modalidades de atenção a saúde; embora o CMSNI garanta o acesso universal da população aos serviços de saúde; não foi identificado o desenvolvimento de alguma estratégia que garantisse a adesão dos pacientes ao tratamento de hanseníase na rede pública de saúde do município.

Nenhum relato sobre a definição de estratégias na manutenção de uma alta adesão dos pacientes em tratamento de hanseníase na rede básica de saúde contou nas atas das reuniões do CMSNI.

Tal fato é decorrente da inexpressiva cobertura (15%) de unidades com programa de hanseníase implantada; da carência de recursos financeiros para pagamento de transporte; da falta de opção de horários alternativos para os trabalhadores formais comparecem aos serviços de saúde; da não aceitação da doença. O alto custo das passagens rodoviárias intra e intermunicipais, favorece a irregularidade e o abandono do tratamento. Os meios de transporte utilizados para deslocamento até as modalidades de atenção a saúde estudadas, foram o transporte rodoviário e a caminhada.

Observou-se na visita feita a modalidade de atenção a saúde 1 que a oferta diária de atendimento médico especializado não garantiu a adesão e regularidade dos pacientes ao tratamento; alguns pacientes abandonaram ou buscaram outros locais para se tratar. A percentagem de pacientes em abandono de tratamento no município em maio de 2001 foi de 38%, acima do preconizado pelo MS como um bom indicador (menos de 10%).

Este foi mais um indicador categorizado na Matriz Descritiva como um indicador de compromisso uma vez que não foi evidenciada uma preocupação da Secretaria Municipal de Saúde e do CMSNI em criar estratégias de manter os pacientes de hanseníase em regularidade do tratamento de hanseníase.

4.5.9. *INDICADOR*: Apoio Laboratorial

De acordo com o modelo organizacional do município de Nova Iguaçu, a Secretaria Municipal de Saúde inaugurou em 1998 o Laboratório de Referência Municipal, para cobrir os programas de saúde que necessitavam de apoio laboratorial, relacionados às ações da atenção básica e da média complexidade. Esse laboratório foi responsabilizado pela realização de exames laboratoriais de apoio diagnóstico de hanseníase e de outros agravos de saúde da rede básica de saúde do município.

O quadro a seguir mostra na rotina de atendimento das modalidades de atenção a saúde avaliadas o emprego de exames complementares tanto no momento do diagnóstico e da alta.

QUADRO 22: Solicitação de exames complementares de hanseníase segundo as modalidades de atenção a saúde, Nova Iguaçu, julho de 2001.

	MODALIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE			
	1	2	3	4
EXAME BACILOSCÓPICO:				
No momento do diagnóstico	Sim	Sim	Não	Não
No momento da alta por cura	Sim	Não	Não	Não
Suspeita de Recidiva	Sim	Não	Não	Não
Outras situações:	Sim	Não	Não	Não
EXAME HISTOPATOLÓGICO:				
No diagnóstico	Sim*	Não	Não	Não

Embora os exames bacterioscópico e histopatológico não sejam mais critérios para classificar os casos de hanseníase em MB e PB, a baciloscopia vem sendo realizada rotineiramente pelos médicos das modalidades de atenção a saúde 1 e 2 como exame complementar do diagnóstico dos casos. Como demonstrou o quadro 23, a modalidade 1, tem o hábito de realizar este exame no momento da alta por cura e sempre que o profissional médico achar necessário. Já as modalidades de saúde 3 e 4 não adotam a conduta de solicitação dos exames complementares em epígrafe.

Este é o único indicador que caracterizou na dimensão da autonomia técnica a transformação do compromisso em uma ação de qualidade, uma vez que o governo municipal fez grandes investimentos para criar e manter em pleno funcionamento o Laboratório de Referência Municipal do SUS de Nova Iguaçu.

A avaliação dos vinte e sete indicadores que compõem a Matriz Descritiva do Modelo Lógico de Avaliação do Processo e Resultados da Descentralização das ações de eliminação da hanseníase nas quatro dimensões da autonomia, como mostra o Quadro 24 abaixo, demonstrou na caracterização dos três níveis de descentralização propostos, que o município de Nova Iguaçu enquadra-se na categoria dos indicadores de compromissos.

QUADRO 23: Sumário dos Resultados do nível de descentralização das ações de eliminação da hanseníase atingido pelo município de Nova Iguaçu segundo as dimensões da autonomia Julho de 2001.

Caracterização dos Níveis de Descentralização	INDICADORES DE COMPROMISSO	INDICADORES DE TRANSFORMAÇÃO DO COMPROMISSO EM AÇÃO	INDICADORES DE TRANSFORMAÇÃO DO COMPROMISSO EM AÇÃO DE QUALIDADE
Autonomia Política	<p>3. O CMS tem conhecimento sobre os problemas de saúde de seus municípios</p> <p>4. A hanseníase está incluída no conjunto de prioridades do Plano Municipal de Saúde</p> <p>5. CMS se envolve na implantação, monitoramento e avaliação da descentralização das ações programáticas de eliminação.</p> <p>6. O Município possui a Legislação de Controle e eliminação da hanseníase</p> <p>7. Existência de legislação ou normas local que favoreçam os deficientes físicos</p>	<p>1. A composição do CMS obedece à regulamentação da LOS 8142/90.</p> <p>2. Existência de um Plano Municipal de Saúde dentro do perfil demográfico e epidemiológico, para definir prioridades de saúde.</p> <p>8. Elaboração de Projetos municipais em Hanseníase financiados por ONG.</p>	<p>8. Desenvolvimento pelas ONGs de Projetos com ações específicas que contribuam à eliminação da doença.</p>
Autonomia Financeira	<p>1. Necessidade do município elaborar uma Proposta Orçamentária para a setor saúde.</p> <p>3. Existência de uma política de investimento de tributos municipais no atendimento aos portadores de hanseníase aprovada pelo CMS.</p> <p>4. Preocupação do CMS em garantir o acesso universal ao serviço de saúde, independente da acessibilidade econômica dos usuários.</p> <p>5. O CMS garante a aplicação de recursos da saúde na assistência aos portadores de deficiência física, inclusive hanseníase.</p>	<p>2. Aplicação de recursos PAB (parte fixa) e determinação ao PSF e PACS da aplicação da parte variável do PAB (PSF) no desenvolvimento das ações de hanseníase.</p>	

(Continuação)

Sumário dos Resultados do nível de descentralização das ações de eliminação da hanseníase, atingido pelo município de Nova Iguaçu segundo as dimensões da autonomia Julho de 2001

Caracterização dos Níveis Descentral.	INDICADORES DE COMPROMISSO	INDICADORES DE TRANSFORMAÇÃO DO COMPROMISSO EM AÇÃO	INDICADORES DE TRANSFORMAÇÃO DO COMPROMISSO EM AÇÃO DE QUALIDADE
Autonomia Administrativo/ Gerencial	<p>1. O CMS participa da definição de estratégias de organização dos serviços de saúde.</p> <p>2. Existência de uma política de acompanhamento e avaliação da qualidade e produtividade dos serviços de saúde do SUS prestados à população</p> <p>3. Definição de estratégias de descentralização gerencial e administrativa das ações de saúde, inclusive hanseníase para as unidades de saúde.</p>	<p>4. Determinação da aplicação de recursos para aquisição de medicamentos, materiais e insumos para as unidades de saúde do município.</p> <p>5. Implantação pelas unidades de saúde de um sistema de acolhimento da demanda e a sua capacidade de adaptar-se a estes fatores (funcionalidade)</p>	
Autonomia Técnica	<p>1. Definição de uma política municipal de controle de agravos de saúde.</p> <p>3. O CMS se preocupa com a satisfação dos usuários dos serviços de saúde.</p> <p>4. Implementação do Sistema de Informação na rede de saúde do município.</p> <p>5. Existência de uma política de distribuição e controle de medicamentos para tratamento de Hanseníase.</p> <p>7. O CMS define uma política de supervisão e monitoramento das ações de eliminação da hanseníase na rede básica de saúde.</p>	<p>2. Implantação de uma política de recursos humanos que leve em consideração uma atenção de qualidade em Hansen.</p> <p>6. Desenvolvimento das atividades de controle da hanseníase, com ênfase a busca ativa de casos portadores de lesões sugestivas pelos agentes de saúde do PACS e PSF.</p> <p>8. Implantação de um sistema de monitoramento da aceitabilidade dos doentes de hanseníase nos serviços básicos de saúde.</p>	<p>9. Garantia na realização de exames laboratoriais para os portadores de hanseníase.</p>

Para que o município alcance um alto nível de autonomia, seja política, financeira, administrativo e técnica, é necessário transformar as intenções e os compromissos assumidos em ações de qualidade a partir da tomada de decisão de descentralizar a autoridade ao nível local para que esse possa atender as reais necessidades de sua demanda.

CAPITULO 5

5. DISCUSSÃO

Os resultados desta avaliação apresentados no capítulo anterior demonstraram que o grau de autonomia alcançado pelo município de Nova Iguaçu ainda é baixo. Os indicadores definidos para que o município fosse considerado autônoma política, financeira, administrativa e tecnicamente se encontrava na esfera de compromissos e na categoria de compromissos transformados em ação.

Uma avaliação pode ser eficaz para a reorientação do processo ao qual ela se destina, quando as informações obtidas indicam tanto os sucessos alcançados como as falhas existentes, subsidiando o aperfeiçoamento das ações de um programa.

Neste sentido, as informações obtidas através da aplicação do modelo lógico de avaliação da descentralização das ações de diagnóstico, avaliação do grau de incapacidade física e o tratamento da hanseníase, permitiram analisar a autonomia do governo do município de Nova Iguaçu na condução do sistema de saúde, no que diz respeito ao controle e eliminação da hanseníase.

Ao assumir-se a autonomia como a expressão do processo democrático brasileiro, pretendeu-se avaliar o grau de responsabilidade do município de Nova Iguaçu com a implantação de um novo modelo de atenção, que promovesse o aumento do acesso da população, em destaque os portadores de hanseníase, a serviços mais humanizados e resolutivos.

Para Gawryszewski (1993:213) o termo a autonomia é bastante abrangente:

“O conceito evoluiu da psicologia, cuja referência é a ‘preservação da integridade do eu’ (Bonner, 1986), passando pelas ciências administrativas, enquanto uma ‘capacidade de autogestão nas dimensões administrativa e financeira’ (Hodara, 1986), chegando ao atual significado, que é o de ser ‘uma consequência da realização integral da democracia’” (Coutinho, 1981).

A Constituição Brasileira de 1988 ao deslocar o poder aos municípios pela descentralização, lhes concedeu autonomia para exercer sua maior competência, organizar o subsistema de saúde de acordo com as especificidades locais, respeitados os seus demais postulados e assumir a responsabilidade de prestar serviços de atendimento à saúde da população (Cotta et al, 1998).

Um alto grau autonomia foi conferido aos municípios. Suas relações com as esferas superiores são relações de governo a governo. De acordo com a Constituição

Federal a inclusão dos municípios entre os membros da federação significa a valorização do poder local. Os municípios possuem autonomia para elaborar e colocar em vigor suas leis municipais, não necessitando da aprovação das hierarquias superiores. Esses têm competência para suplementar as normas federais ou estaduais, no que diz respeito à atividade administrativa municipal. (Carvalho & Santos, 1995). Entretanto cabe lembrar que essas leis não podem ir de encontro aos preceitos jurídicos constitucionais.

À medida que o processo de gestão descentralizada do SUS vai se sedimentando, observam-se problemas na sua consolidação: a) a inexperience concreta dos municípios na gestão e análise da descentralização; b) a as três esferas de governo são autônomas; não tem vinculação hierárquica; c) a heterogeneidade dos municípios brasileiros no que diz respeito ao espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa nem sempre correspondem a uma rede regionalizada e resolutiva dos serviços de saúde com todos os níveis de complexidade, ou ainda, que essa rede exerça uma atração além de seus limites (Brasil, 2001).

No entanto, Rinaldi et al (1997) ao consultarem a legislação do setor saúde, especificamente as Leis Orgânicas de Saúde nº 8080/90, 8142/90 (MS, 1990), questionam a real autonomia concedida aos municípios. Para os autores as Leis Orgânicas desrespeitam os preceitos constitucionais e violam a autonomia estadual e municipal, impondo um conjunto de regras de cunho centralizador. Ao criar as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite como estruturas paralelas, o governo delimita a participação popular.

Outro ponto a ser questionado diz respeito ao financiamento do setor saúde. O repasse automático e regular de recursos da união e do estado aos municípios com objetivo de financiar as ações e serviços de saúde, precisam cumprir todos os critérios legais definidos na Norma Operacional Básica 01/96 e na Norma Operacional de Assistência a Saúde para que o município seja habilitado no sistema (MS, 1996; MS,2001).

Percebe-se que a descentralização da gestão da saúde no Brasil, instituída através do processo de municipalização, não se baseia apenas na transferência legal e material dos serviços de saúde ao município, e nem na transferência de recursos financeiros. Descentralizar é a efetiva capacidade de buscar solução aos problemas da comunidade. O poder de decidir e os meios necessários para a tomada da decisão são do governo municipal. É imperioso, entretanto que o governo local crie suas diretrizes e estratégias

na solução de seus problemas de saúde, elevando a qualidade de vida de seus municípios (Rinaldi et al, 1997).

Segundo Santos & Ballone, citados por Gawryszewski (1993), a autonomia consiste na faculdade de criar regras de direito próprias, adaptadas à realidade regional, de acordo com as peculiaridades de cada município brasileiro.

Ao analisar-se a autonomia dentro da própria esfera municipal, alguns autores questionam seu absolutismo. Por serem os municípios compostos por subsistemas, sua autonomia depende de sua própria lógica interna no que diz respeito aos seus componentes (atores sociais, instituições) e, ao mesmo tempo, da interação com os outros subsistemas, particularmente com o campo do poder (Rinaldi, 1997).

Assim ao realizar-se uma avaliação é necessário contextualizar e descrever de que forma as redes de relações que constituem o município interferem no setor saúde e como se dão às relações entre os vários componentes intra e inter institucional. No que diz respeito à avaliação da descentralização sob a ótica da autonomia considerou-se a inter relação dos segmentos político, financeiro, administrativo/gerencial e técnico do município de Nova Iguaçu.

A existência de instrumentos legais que definam a utilização das despesas de custeio e de capital, cria uma dependência das autonomias política e autonomia técnica da autonomia financeira no que se refere a liberação de recursos para a execução dos procedimentos relacionados as ações de saúde administrativas e assistenciais.

A aplicação da Matriz de Análise que determina os critérios de definição do padrão ideal de autonomia política, financeira, administrativo/gerencial e técnica demonstrou que o município de Nova Iguaçu ainda precisa implementar as ações para efetivamente eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, como veremos a seguir.

5.1. AUTONOMIA POLÍTICA

Durante as últimas décadas o Brasil tem sofrido significativas transformações na estrutura e na dinâmica de sua população, resultante da incorporação crescente de tecnologias no processo produtivo, que vem ocasionando um aumento importante na taxa de desemprego e uma dependência cada vez maior do capital estrangeiro. Este cenário também se reflete no setor saúde que progressivamente incorpora altas tecnologias na execução de suas ações. A complexidade do nosso sistema de saúde

formado por uma grande diversidade de mercados organizados, em sua maioria na lógica da oferta e demandas próprias, tem agravado, segundo Travassos et al (2000) as desigualdades no consumo de serviços em saúde.

O modelo de desenvolvimento político, social, econômico e cultural instituído no Brasil esteve quase sempre centrado no poder e na riqueza. Soma-se a esse modelo, outros fatores produtores e reprodutores das desigualdades sociais, tais como: a) *Condições de saúde*: a quadro epidemiológico dos agravos de saúde, expresso pelos indicadores de mortalidade e morbidade, demonstra a manutenção das doenças já conhecidas anteriormente e a emergência de novas doenças. Este quadro é decorrente do acesso desigual da população ao sistema de saúde, da distribuição desigual de renda que não possibilita que todos possam usufruir alternativas de assistência, os planos e as cooperativas de saúde. A carência nutricional e a falta de saneamento básico também são variáveis que interferem nas condições de saúde. b) *Distribuição de renda*: expressa pelo alto percentual de indigentes, que não conseguem satisfazer nem mesmos as necessidades básicas de alimentação. Esse cenário é agravado pelo aumento do desemprego, baixo nível de educação e de moradia, pelos trabalhos infantis, que desloca para a economia informal um grande contingente da população. c) *Educação*: ainda que 95% das crianças brasileiras freqüentem as escolas do ensino fundamental, o baixo nível educacional é um determinante das desigualdades sociais. O baixo grau de escolaridade da população adulta limita o acesso a postos de trabalho qualificados, de boa remuneração e produção. d) *Condições de moradia*: uma parcela da população brasileira ainda não tem casa. Dentre a população com acesso a moradia, 75,83% é atendida pela rede de água, 59,15% tem cobertura de esgoto sanitário e a coleta de lixo é realizada em 76,4% dos domicílios (IBGE,1999). e) *Condição do trabalho feminino*: ainda que as mulheres ocupem uma importante parcela do mercado de trabalho brasileiro, observam-se desigualdades na remuneração entre homens e mulheres, o número de famílias chefiadas por mulheres também vem aumentando nos últimos anos. f) *Trabalho infantil*: é um importante marcador das desigualdades sociais, excluindo uma parcela da população infantil de freqüentar escolas e acarretando um impacto negativo sobre sua saúde g) *Violência e segurança pública*: concentrada nas áreas urbanas observa-se nos últimos anos um agravamento desse quadro, embora outras formas de violência (doméstica, no campo, sexual e homossexual) também mereçam atenção (MMA, 2000).

As desigualdades sociais são fortemente influenciadas pelas desigualdades em saúde. A igualdade ao uso de serviços de saúde não é suficiente para diminuir as

desigualdades no adoecer e morrer. Tal fato é determinado pela posição do indivíduo na sociedade, em que grupos mais privilegiados têm menor risco de adoecer, decorrente de sua melhor condição de vida e da agilidade no atendimento de suas necessidades que são diferenciadas (Travassos, 1997).

Para Travassos (1997) a ausência de perspectivas políticas em que o Estado adote medidas de intervenção que reduzam as desigualdades sociais, o problema do controle se torna evidente nas sociedades capitalistas, haja vista que os grupos mais fortes ocupam as posições centrais da estrutura produtiva e social.

Controle Social é aqui assumido *“como o processo no qual a população participa, através de representantes, na definição, execução, e acompanhamento das políticas públicas, as políticas de governo”* (MS, 1994 apud Pedrosa, 1997).

A implantação do SUS instituiu um novo paradigma no sistema de saúde do país institucionalizando a universalidade e a equidade, compreendida como igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde para necessidades iguais. A participação social na definição das políticas de saúde em suas três esferas de governo se dá nos conselhos de saúde, assegurando o controle social sobre as ações e serviços de saúde. É imperiosa que a implementação do SUS esteja atrelada a regulação pública efetiva dos Conselhos de Saúde, permitindo que o consumo se dê pela necessidade da população e não pela oferta de ações e serviços (Bezerra et al, 2000).

Apesar de os Conselhos de Saúde integrarem a estrutura legal do poder executivo na gestão do SUS, suas atribuições são delimitadas ao espaço de formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. É preciso que os Conselhos de Saúde reconheçam as funções dos gestores e os aspectos básicos desse processo, para controlá-los a favor dos direitos da população (Carvalho & Santos, 1995).

“Os Conselhos de Saúde, pela Lei, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, não sendo da sua competência assumir qualquer ato de gestão. Cabe ao gestor submeter ao conselho a apreciação prévia dos seus atos de gestão mais relevantes como o plano, o orçamento, as normas básicas, a avaliação dos resultados para a população, os critérios para a organização da rede de serviços, para a habilitação nas condições de gestão, entre outros” (Rodrigues, et al, 2000).

É importante lembrar que o controle social não se dá apenas na esfera dos conselhos de saúde, mas também pelos movimentos da sociedade organizada - comunitários, sindicais, dos partidos políticos, da defesa do consumidor e de tantos

outros movimentos que vem sendo criados em prol da efetivação de um Estado mais democrático. O controle social é o espaço de participação da população através de seus representantes, na definição, execução e acompanhamento das políticas públicas do governo (Dal Poz, 1994).

A participação da comunidade na organização e no controle dos serviços de saúde também pode ser uma das diretrizes a serem desenvolvidas para a redução das desigualdades sociais. Entretanto o que se está presente na rotina da maioria dos serviços de saúde é a ausência de diálogo entre o usuário e o serviço de saúde em busca da qualidade do atendimento; a dificuldade dos usuários exercerem seu papel de fiscalizador sobre os serviços que utilizam. Pode-se pensar que um município só terá autonomia quando houver efetivo envolvimento entre o poder local e a representação popular, na busca de mudanças significativas no governo local e na sociedade civil.

Ainda que o gestor municipal de saúde de Nova Iguaçu tenha assumido formalmente o compromisso de eliminar a hanseníase até o ano 2005, não se observou o desenvolvimento de uma política municipal, com a participação efetiva do Conselho Municipal na implantação das atividades de eliminação da hanseníase: busca ativa de casos novos pelos agentes comunitários de saúde; diagnóstico de suspeitos, diagnóstico de casos e tratamento em todas as unidades básicas de saúde, inclusive o PSF.

No que diz respeito aos preceitos constitucionais referentes aos aspectos jurídicos legais comprovou-se a transformação dessa ação em uma ação de qualidade, confirmada pela criação do Conselho Municipal de Saúde, do Fundo Municipal de Saúde e do Plano Municipal de Saúde segundo as determinações da Lei Orgânica de Saúde. Destaca-se, entretanto, que a elaboração do Plano Municipal de Saúde - 2000-2004 se deu na Conferência Municipal de Saúde realizada no início da atual gestão, atendendo muito mais os anseios políticos partidários locais do que subsidiar o planejamento sanitário em prol da melhoria das condições de saúde da população local.

No Plano Municipal de Saúde de Nova Iguaçu não foram definidas as diretrizes municipais de acordo com o perfil epidemiológico dos agravos endêmicos/epidêmicos da saúde local, levando-nos a pensar que sua elaboração tentou apenas cumprir as exigências burocráticas legais que assegurassem o repasse de recursos financeiros do SUS. As ações programáticas dos agravos transmissíveis agudos e crônicos de saúde vinham sendo desenvolvidas, em sua grande maioria, de forma centralizada no centro municipal de saúde. Não foi observada a realização de estudos epidemiológicos que analisassem a distribuição espacial dos portadores de agravos de saúde, subsidiando o planejamento de ações que pudessem favorecer a descentralização das mesmas.

Para Cotta et al (1999) a falta de planejamento da forma de gestão tem levado à continuidade da centralização dos programas apenas nas unidades de saúde de áreas urbanas. Em seu estudo realizado na Região de Ponte Nova-MG foi demonstrado que embora tivesse ocorrido a implantação de vários programas de saúde, esta se deu na rede pública de saúde já existente. Não foi implantada uma política de oferta de novos serviços de saúde a população a partir da implantação da NOB/93.

A não adoção das determinações normativas mundialmente proposta para reduzir a hanseníase para menos de um caso em cada mil habitantes, certamente contribuiu para que Nova Iguaçu não atinja o nível de descentralização das ações programáticas de hanseníase definida como o ideal.

5.2. AUTONOMIA FINANCEIRA

A análise dos resultados obtidos a partir da adoção dos três critérios da matriz de análise, relacionados à autonomia financeira (implementação do Plano Orçamentário de Aplicação e Movimentação Financeira; aplicação dos recursos do PAB nas ações de eliminação de hanseníase e a aplicação de recursos na prestação de assistência aos portadores de deficiências físicas) demonstraram a fragilidade do governo em relação à aplicação eficiente e efetiva dos recursos do setor saúde, como veremos a seguir.

No que diz respeito ao critério implementação do Plano Orçamentário de Aplicação e Movimentação Financeira, Nova Iguaçu anualmente vem trabalhando dentro desta lógica de alocação dos recursos do setor saúde embora não tenha sido detalhada a especificação destes recursos.

O critério desenvolvimento das ações de eliminação da hanseníase com recursos do Piso de Atenção Básica –PAB, parte fixa e variável, também foi contemplado em nossa análise. Tal fato é decorrente da inclusão das ações de hanseníase no conjunto das ações básicas de saúde, obedecendo aos preceitos de toda a legislação sobre o repasse dos recursos e sua aplicação (Brasil, 1996; Brasil, 1997).

A NOB-SUS01/96 promoveu avanços e atrasos no processo da descentralização do SUS. Um importante avanço foi a substituição do repasse de recursos que utilizava como base de cálculo a produtividade, por critério populacional, definido por um valor per-capita, na transferência de recursos da união para os municípios. O estabelecimento de condições para que estados e municípios recebam recursos do Fundo Nacional de Saúde, contraria o modelo de descentralização, limitando o grau de autonomia local.

A análise dos indicadores da autonomia financeira revela muito mais uma situação de desconcentração com alternativa ao centralismo do que uma autonomia financeira de fato. Os níveis federal e estadual definem atualmente os critérios da aplicação do recurso, na tentativa de garantir o não desvio de recursos para outros setores do governo municipal. A democracia local, como produto isolado da descentralização, só poderá ser efetivada quando alternativas administrativas forem implantadas em nível nacional (Mello, 1991).

“O exercício do poder político mina a autonomia local, na medida em que recursos importantes de poder, como os financeiros e os de controle, permanecem sob jurisdição central” (Motta, 1994).

A descentralização da gestão da assistência à saúde também tem dependência da liberação de recursos financeiros pelas esferas governamentais superiores e da aplicação de verba do próprio município. A NOB/01/96 determina que a transferência de recursos financeiros aos municípios do país ocorra de forma automática, direta e regular, fundo a fundo, objetivando a execução das ações de saúde de competência própria dos municípios, de acordo com os Planos de Saúde (Brasil, 1996). Observa-se uma subordinação do município em relação ao nível federal no que diz respeito ao custeio da saúde dos municípios. Municípios de pequeno porte têm maior dificuldade em investir recursos dos tributos municipais no setor saúde, por ser baixa a captação de recursos via impostos municipais; por ter o governo que dividir os recursos às diversas pastas de governo; pela existência da lei de responsabilidade fiscal que determina a aplicação de 10% dos recursos com pagamento de pessoal.

Com relação aos recursos financeiros advindos do próprio município, a Lei Orgânica 8142/90 estabelece a obrigatoriedade de contrapartida de recursos para a saúde pelos municípios habilitados no SUS (Brasil, 1990). Em Nova Iguaçu essa verba é aplicada quase em sua totalidade para pagamento de recursos humanos. Os recursos do setor saúde custeiam o pagamento de aproximadamente mil e quinhentos profissionais, inclusive as equipes técnicas locais responsáveis pelo atendimento dos portadores de hanseníase residentes no município.

No que diz respeito à autonomia financeira dos municípios brasileiros, esses tem poder para transferir os recursos financeiros recebidos da união e do estado nas contas específicas e realizar a movimentação financeira em uma outra conta, exclusiva do Fundo Municipal de Saúde (Brasil, 1997). Também é conferida autonomia aos municípios para aplicação da receita do setor saúde.

Viu-se em Nova Iguaçu que a aplicação da verba da saúde é determinada pelo governo municipal, na pessoa do gestor municipal de saúde. O nível central da Secretaria Municipal de Saúde é o órgão que determina a movimentação e a aplicação financeira das diversas fontes de recursos do setor. Desconhece-se a existência de um Plano Orçamentário de Aplicação e Movimentação Financeira no referido município.

O controle da movimentação de recursos financeiros do fundo de saúde, segundo a Lei 8142/90, é uma das atribuições do Conselho de Saúde em suas três esferas: Conselho Nacional, Conselhos Estaduais e Conselhos Municipais de Saúde. Embora Nova Iguaçu o CMS tenha criado no ano de 2000 a Comissão de Orçamento e Controle, tal fato comprova a inexpressiva participação na definição, acompanhamento e avaliação da alocação das verbas do setor saúde.

No que diz respeito à avaliação da autonomia financeira nas unidades públicas de saúde de Nova Iguaçu verificou-se a ausência de autogovernabilidade local. A não disponibilização de verba de pronto atendimento aos gerentes das modalidades de atenção a saúde avaliada, tem dificultado a organização dos serviços e restringindo a oferta de ações e serviços resolutivos prestados a clientela. Tal fato nos leva a afirmar que a autonomia financeira influencia a autonomia administrativo/gerencial por esta depender da liberação de recursos para o custeio da assistência prestada aos usuários dos serviços e para a manutenção do funcionamento das unidades de saúde.

Indiscutivelmente este quadro também se reflete na atenção oferecida aos casos prevalentes de hanseníase das modalidades de atenção a saúde avaliadas cuja resolução dos problemas de saúde dessa clientela também depende da aquisição e liberação de recursos materiais, pelo nível central da Secretária Municipal de Saúde. Como já mencionado anteriormente, os recursos para o desenvolvimento das ações de eliminação da hanseníase são provenientes do PAB/SUS, que custeia apenas os procedimentos pré-determinados em portaria. Não há recursos para a aquisição de materiais para prevenção e tratamento das incapacidades físicas nas modalidades de atenção a saúde 1e 3; para a aquisição de outros medicamentos que se fizerem necessários ao tratamento das intercorrências clínicas.

Na discussão sobre autonomia técnica destacaremos melhor, os pontos de estrangulamento à prestação de um atendimento de qualidade a esta clientela específica.

5.3. AUTONOMIA ADMINISTRATIVO/GERENCIAL

Ainda que o Sistema Único de Saúde tenha promovido avanços no processo de municipalização, instituindo legalmente autonomia aos municípios brasileiros no processo da descentralização, no que diz respeito à atribuição de responsabilidade sobre as ações e serviços de atenção e saúde, problemas de ordem administrativa/gerencial são uma constante na agenda dos gestores municipais.

O modelo de organização empregado pela maioria dos dirigentes municipais é o burocrático. Este modelo está pautado na formalização do comportamento e na maquinização de procedimentos, e tem como característica a impessoalidade da organização. O tipo de planejamento empregado no modelo burocrático é o normativo, com destaque a quantificação. Dentre as características da estrutura organizacional burocrática apresentada por Mintzberg (1995), foi observado no município de Nova Iguaçu: a) que as áreas estabelecidas e juridicamente oficializadas, são reguladas por normas, por leis e regulamentos administrativos; b) a existência dos princípios de hierarquia de cargos e dos níveis dos graus de autoridade, com um sistema ordenado de superior para subordinado, com supervisão pelos funcionários de maior escalão para os de mais baixo nível; c) que a administração segue regras gerais, mais ou menos estáveis e exaustivas.

A definição da estrutura organizacional em toda a rede de saúde pública é determinada pelos níveis hierarquicamente superiores da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu. O poder está centrado no primeiro e segundo escalões. Não existe uma política municipal para a descentralização do poder de decisão concedendo autonomia política, administrativa/gerencial, financeira aos administradores locais. O que ocorre é uma desconcentração que é definida por Mill e cols (1990) como a transferência de autoridade administrativa, mas não política. Para Meirelles (apud Arruda, 1993) a desconcentração é uma autonomia relativa, uma vez que o que ocorre é uma repartição das funções entre os vários órgãos de uma mesma administração, sem quebra da hierarquia.

Ainda que as unidades básicas, segundo o gestor municipal tenham autonomia administrativa e gerencial, não existe uma política municipal que defina estratégias de descentralização de atividades desta sub área, bem como das ações de saúde, inclusive de hanseníase. O que se verificou foi uma preocupação centrada na produtividade, principalmente de consultas médicas. A oferta de um atendimento multi-profissional com qualidade ficou em um segundo plano. Exceção a esse modelo é o PSF, que por

trabalhar com população adstrita, especificamente número de famílias por equipe de saúde, tem a oportunidade de melhor conhecer as condições sócio-econômicas e de saúde de sua população, podendo oferecer um atendimento personalizado e de qualidade a essa clientela.

De acordo com a Lei Orgânica de Saúde, a organização do SUS consiste na estruturação dos serviços e ações de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescentes. Embora a sistema de saúde de Nova Iguaçu, seja composto por uma rede de baixa, média e alta complexidade, torna-se necessário hierarquizar e regionalizar a atenção prestada a população. A baixa resolutividade da rede básica de saúde, associada a grande extensão territorial, tem deslocado a população para as unidades de maior porte e de maior nível de complexidade, principalmente para a assistência curativa, hospitalocêntrica. Na percepção da comunidade segundo Malik (1996) um serviço de saúde tem qualidade quando há acesso ao consumo de tecnologias, disponibilidade de leitos, quantidade de profissionais e consultórios.

As ações do sistema municipal de saúde *“tem que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir a população o acesso aos serviços e a disponibilidades das ações e dos meios para o atendimento integral”* (MS, 1999).

Em Nova Iguaçu verificou-se que as ações programáticas de atenção em saúde estão concentradas nas unidades de saúde de média complexidade: o centro municipal e as unidades mistas de saúde. Já as ações de alta complexidade são desenvolvidas na rede hospitalar privada conveniada.

O modelo e o critério de organização dos serviços de saúdes vigentes continuam nos moldes do sistema centralizado. Não há um planejamento e uma programação de ações a curto, médio e longo prazos, sedimentados no diagnóstico e nas condições de saúde da população local. O resultado é uma administração sem critérios, pautada numa ‘assistência espontânea’ aos doentes, de acordo unicamente com a ‘vontade’ dos dirigentes locais. O critério para implantar alguns programas não é epidemiológico, mas a existência de profissionais para assumir as atividades (Cotta et al, 1998).

No caso da hanseníase, embora haja a decisão tanto do Ministério da Saúde como do CONASEMS em descentralizar as ações programáticas em todo o território nacional, há a resistência e uma morosidade por parte dos municípios em operacionalizar esta estratégia de eliminação da doença.

Em Nova Iguaçu o governo municipal em parceria com o MORHAN e com o governo estadual elaborou um protocolo de intenções para aumentar o acesso da

população ao diagnóstico e ao tratamento na rede básica de saúde. Entretanto esse protocolo ainda é “uma intenção” uma vez que somente cinco unidades sanitárias desenvolviam as ações programáticas de eliminação. A demora da implantação das ações de hanseníase foi em grande parte decorrente da resistência do profissional médico em assumir o atendimento aos portadores da doença. A justificativa fundamentou-se no fato de que as ações de hanseníase devem ser executadas por um especialista. Essa é uma afirmativa não mais aceitável, uma vez que o diagnóstico de doença é uma competência médica, devendo os médicos generalistas diagnosticar e tratar casos com hanseníase.

Outro ponto discutível é que se a avaliação dos serviços prestados é quantitativa, baseado na produtividade, levaria inicialmente a pensar que a unidade de saúde teria um impacto sobre os problemas de saúde, ao executar um maior número de procedimentos do PAB/SIA/SUS. Entretanto, uma alta produção dos procedimentos de saúde não garante a capacidade resolutiva dos serviços de saúde. Somente uma maior qualidade dos serviços prestados é que poderá atender as reais necessidades da população.

No que diz respeito à participação do CMS no planejamento e organização do sistema de saúde de Nova Iguaçu seu inexpressivo compromisso em participar da organização que levasse a transformação da estrutura de saúde, pôde ser comprovado nos resultados levantados nesta pesquisa. A não participação dos conselheiros na definição de estratégias organizacionais dos serviços de saúde, no que diz respeito à descentralização das ações de saúde, tem dificultado a efetivação dos princípios da universalização e da equidade da assistência.

A existência de um Conselho Municipal de Saúde, associado à formulação do Plano Municipal de Saúde e a existência do Fundo Municipal de Saúde é o procedimento formal para o cumprimento de uma exigência do SUS que garante o repasse de recursos financeiros pelo governo federal e estadual aos municípios. Para Cotta et al (1998) em seu estudo exploratório realizado na região de Ponta Nova-MG, não foi observado nenhuma modificação nas ações e serviços de saúde prestados a população a partir do cumprimento das normas regulamentares do SUS. O modelo assistencial continua sendo o curativo-individual. O que ocorreu, segundo o autor, foi à transferência de funções anteriormente executadas pelos hospitais privados, para os postos de saúde públicos.

No rol de atribuições dos Conselhos de Saúde está expressa a participação popular na organização dos serviços. No nível municipal é competência do conselho *“acompanhar e avaliar a qualidade e a produtividade dos serviços de saúde prestados*

à população pelo SUS” (Brasil, 1990). O Conselho Nacional de Saúde através da Resolução 33 recomendou que os conselhos assumam fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde (Noronha, 1995).

Ainda que legalmente estejam definidas as competências e atribuições dos conselhos municipais de saúde, na prática, alguns conselhos ainda não exercem seu real papel no controle social, participando da identificação de novas formas de atendimento às necessidades de saúde da população (Rodrigues et al, 2000). Tal fato pode ser decorrente do desconhecimento por parte de alguns conselheiros do seu verdadeiro papel enquanto representantes dos interesses e dos projetos políticos da população. Para Dal Poz et al (1994) também se observa o despreparo de algumas entidades para exercer o controle social em serviços mais específicos, que necessitam de atenção especializada. Há a necessidade de capacitar os conselheiros para compreender o processo de trabalho em saúde, obedecendo à lógica dos direitos humanos e da cidadania, preparando-os para o exercício de seu papel no controle e fiscalização de serviços especializados, contando com o apoio de pessoal qualificado.

Embora a competência básica dos Conselhos de Saúde, definida na Lei Orgânica 8142/90 (MS, 1990) seja “*atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros*”, no tocante a participação da comunidade na condução do SUS de Nova Iguaçu, observou-se o baixo grau de envolvimento dos conselheiros no planejamento e no controle da lotação orçamentária dos recursos financeiros, fazendo com que os compromissos definidos no Plano Municipal de Saúde se transformem em ações de qualidade.

Para Carvalho & Santos (1995) cabe aos gestores de saúde municipais instrumentalizar a participação comunitária para reconhecer novas estratégias para o atendimento das necessidades de saúde da população.

No plano da administração das unidades públicas de saúde, a participação social seria a expressão maior da democracia, do exercício do poder. Essa participação poderia ser a nível individual, do cidadão como usuário; de grupos de interesse, dos sujeitos sociais coletivos, que fazem parte de um mesmo processo de intervir de forma democrática para a tomada de decisão (Dal Poz et al, 1994).

Na prática a participação social vem se apresentando em duas perspectivas: a) a partir dos seus efeitos em melhorar a saúde da população, na tentativa de buscar a melhoria do nível da qualidade de vida da população; b) a partir dos efeitos em nível da consciência social das populações atingidas (Wanderley, 1993).

A questão da gerência de serviços de saúde vem sendo apontada nos últimos anos como uma das principais causas da incapacidade das unidades públicas de saúde de prestar serviços eficientes dentro dos padrões mínimos de qualidade. Vários são os fatores que podem levar a uma gerência ineficiente, entre eles destacam-se: a) falta de domínio técnico da maioria dos dirigentes locais para assumir o cargo. Sem domínio de técnicas de gestão e de gerência os ocupantes de cargos de direção fazem uma administração não profissional, de ‘apagar incêndios’; b) ausência de um plano de ação que defina os objetivos e as metas, em consonância com o Plano Municipal de Saúde; c) inexistência de uma política que contemple a produção com redução de custos; d) ineficiência na utilização ágil dos sistemas de informação em saúde, no que diz respeito ao registro das informações e no repasse sistematizado das mesmas ao órgão competente do município e) desvio de função, desmotivação e falta de treinamento dos recursos humanos (Mello, 1991).

Ainda que o gestor municipal de saúde de Nova Iguaçu, como já mencionado anteriormente, tenha concedido autonomia aos dirigentes locais, problemas de ordem administrativos/gerenciais são uma constante na rotina de funcionamento das modalidades de saúde avaliadas. A falta de um Plano de Ação, estruturado a partir do diagnóstico de saúde da população local, com objetivos e metas traçados, definindo a missão institucional, em consonância com as políticas públicas estabelecidas pelo município, mostrou que o nível local tem baixo grau de resolutividade dos problemas de saúde de sua população alvo. As ações e serviços prestados nas quatro modalidades de atenção à saúde avaliadas foram decididos pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde, levando em consideração a disponibilidade de recursos humanos e materiais.

Para Arruda e Mandelli (1993) a falta de objetivos no gerenciamento das unidades públicas, leva a entidade a uma atuação imediatista, no sentido de se justificar ou sobreviver. Os poucos objetivos que podem ser delineados não apresentam, necessariamente, consistência quando confrontados com as políticas “macro” de saúde.

A participação da comunidade, como forma de expressão da sociedade civil e assuntos que lhe são de direito também foi um dos indicadores empregados para avaliar o grau de autonomia dos gerentes das modalidades de saúde. Para se ter uma melhor compreensão do sentido de participação popular é importante situar algumas definições de ‘participação social’. Para Valla (1993) de modo geral, a participação popular “*compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, saneamento básico, etc)*”. Outros

sentidos à participação social são o mutirão, a integração dos grupos ‘marginalizados’ e a modernização, que não são em nosso estudo objetos de discussão. Para o autor a participação popular se diferencia dos demais modos de participação social por representar politicamente as entidades representativas da sociedade civil, (órgãos, agências ou serviços do estado) responsáveis pelas políticas públicas na área social.

A participação deveria fazer parte do processo da democratização política, vinculado às dinâmicas de gestão descentralizada, no sentido de que o interesse público possa ser expresso sob a forma representativa ou direta. Mas o que se verifica na prática é a existência de restrições na prática de participar enquanto expressão do poder local. O Estado controlaria a participação, delimitando seu espaço e os conflitos entre os interesses divergentes da sociedade civil e do Estado (Hortale, 1996).

No setor saúde a participação popular pode se dar através dos conselhos de saúde, ou através dos próprios usuários, participando ativamente na implementação e na gestão, influenciando no processo decisório da política e na organização dos serviços locais. Para Jacobi (1996), há duas condições fundamentais para viabilizar a participação popular: a) existência de organizações populares com certa presença no nível local; b) ocupação de cargos políticos do município por parte de partidos, onde os indivíduos sejam favoráveis à mesma. Para o autor a garantia de uma participação real só poderá ocorrer quando os cidadãos tiverem acesso à informação.

As formas participativas de gerência vêm sendo ultimamente intensificadas em função não apenas da busca de formas mais democráticas de administrar, em consonância com a evolução, mas também na tentativa de aumentar a gerência do poder e do conflito num mundo organizacional cada vez mais complexo (Motta, 1994).

A implantação da participação social na gerência e gestão local tem esbarrado num conjunto de fatores que não favorece sua efetivação. Dentre estes fatores que tornam esta participação frágil destacam-se: *“a falta de agilidade nas decisões, a ausência de critérios de representação e canais administrativos que garantam o suporte institucional à interação com os grupos mais organizados e com os movimentos populares, o problemático compromisso do corpo de funcionários”* (Jacobi, 1991:37)

Esses fatores restritivos também estão presentes nas modalidades de atenção à saúde avaliadas no município de Nova Iguaçu, visto que a reduzida autonomia administrativa e gerencial concedida aos dirigentes locais, no que se refere ao poder de decisão sobre os problemas e conflitos locais não favorece à participação popular em busca de estratégias inovadoras que possam promover avanços na gestão pública. Nas modalidades de atenção a saúde 1 e 3, que assumem a participação da comunidade na

organização do serviço, observou-se que embora sejam ouvidos os anseios da população, os mesmos não exercem nenhum tipo de influência sobre as decisões adotadas para o funcionamento do serviço. Na modalidade 3, por tratar-se do modelo PSF, que trabalha com população adstrita torna-se mais evidente a influência da população sobre as decisões locais.

No que diz respeito à administração de pessoal, os gerentes locais mostraram que possuíam autonomia para instituir a escala de serviço e distribuir seus profissionais, de acordo com a necessidade do serviço. Mas para os gerentes das modalidades 2 e 4 nem sempre foi possível que os serviços prestados não sofressem solução de continuidade. As modalidades tinham problemas de carência de recursos humanos para assistir a demanda local, inclusive os doentes de hanseníase, limitando o acesso ao atendimento médico diário. Os doentes de hanseníase eram referendados ou para as unidades hospitalares ou para as unidades de referência que possuam pronto atendimento médico. Na prática apenas as modalidades de atenção a saúde 1 (referência municipal) e 3 (PSF) ofereciam atendimento em horário integral aos doentes de hanseníase. Tal fato vem demonstrar a fragilidade administrativa do sistema de saúde local no atendimento às necessidades de saúde da demanda.

No que se refere à suficiência de recursos materiais para atender a clientela nas unidades verificou-se divergência nos discursos entre o gestor municipal e os gerentes locais de saúde, que relataram a dificuldade de acesso aos materiais e insumos para atendimento dos doentes de hanseníase.

Para Mintzberg (1995) dentro do processo organizacional das instituições existem áreas de incertezas, criando-se relações de poder informal. Essa situação é muito verificada nas instituições de saúde, que diariamente precisam lidar com situações inusitadas, usando sua criatividade na busca solução dos problemas emergenciais que ocorrem nos serviços públicos de saúde. Atender a necessidade de saúde de cidadãos não é tarefa fácil para um gestor de saúde.

A oportunidade de identificar em que contextos são realizados o atendimento em hanseníase em cada modalidade de saúde avaliada, nos permitiu compreender a dificuldade encontrada pela coordenação municipal do programa de hanseníase para intensificar as atividades do programa de hanseníase. A existência de recursos, sejam humanos ou materiais não garante por si só a capacidade de um serviço em dar respostas positivas aos problemas de saúde de sua clientela. É preciso que os governos locais desenvolvam ações interventivas eficientes, eficazes e efetivas para a diminuição

das diferenças no plano da equidade, atendendo as reais necessidades de saúde da população.

A concessão de autonomia administrativa aos gerentes locais é o reflexo da responsabilidade que um gestor municipal deve ter em relação aos serviços prestados pelas instituições de saúde. É imperativo que o gestor ofereça os meios necessários à prestação de assistência com qualidade e adote os mecanismos reguladores para alcançar os resultados propostos no que se refere à qualidade e quantidade de serviços prestados.

Os resultados da aplicação dos seis indicadores elaborados na matriz de análise, para avaliar a autonomia administrativo/gerencial do sistema de saúde do município de Nova Iguaçu, nos permite constatar que:

a) Há o desconhecimento por parte dos usuários do alcance e dos limites dos serviços de saúde a que recorrem na busca da solução de seus problemas. Para eles os centros, as unidades mistas e os postos de saúde deveriam ser dotados de serviços de emergência, com ambulatórios especializados, laboratórios preparados para fornecer diagnósticos em tempo reduzido e de ambulância. A inexpressiva participação dos cidadãos na definição das diretrizes e no controle da execução das políticas de saúde do município e da organização dos serviços de saúde, é também um determinante do baixo grau de autonomia administrativa/gerencial do poder executivo municipal, representado pelo próprio governo local e pelo conselho municipal de saúde.

b) Está presente a participação de outros segmentos sociais na eliminação da hanseníase. Este é um indicador que contemplou a transformação deste compromisso em uma ação com qualidade. Nova Iguaçu, conta com a parceria do MORHAN e do Instituto Brasileiro de Inovações Saúde Social (IBISS) no desenvolvimento de ações de saúde voltadas ao paciente de hanseníase, família e comunidade. Essas duas entidades em parceria com a coordenação municipal do programa realizam a busca ativa de pacientes irregulares ou em abandono de tratamento. O Núcleo do MORHAN de Nova Iguaçu vem durante os últimos quinze anos trabalhando no resgate da cidadania dos doentes excluídos da sociedade.

c) A falta de conhecimento e a não adoção de métodos de planejamento e gerência, leva a uma baixa resolutividade no equacionamento dos problemas apresentados pela clientela das modalidades de saúde avaliadas. Entende-se como resolutividade *“a eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade a população adstrita, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa*

população está exposta”. (MS, 1999). Esta resolutividade está atrelada a outro princípio finalístico do SUS, a hierarquização, que define os níveis de complexidade da assistência.

d) A análise da realização sistemática de avaliação das ações de saúde, em relação ao processo, resultado e impacto, através da aplicação de instrumentos ou métodos de avaliação mostrou que está não é uma prática assumida pelo governo municipal. Cada programa de saúde utiliza o conjunto de indicadores que permitem avaliar a magnitude das doenças incidentes e endêmicas do município.

e) Ainda que exista uma política de distribuição de materiais e insumos sob a responsabilidade do setor de almoxarifado, no que diz respeito ao desenvolvimento das ações de eliminação da hanseníase, constatou-se problemas na operacionalização desta atividade. Entretanto, este fato pode ser justificado, uma vez que a carência de materiais diz respeito a realização de técnicas específicas a prevenção e tratamento das incapacidades físicas decorrentes da doença, que não fazem parte do conjunto de materiais adquiridos normalmente pelo município. No que diz respeito à aquisição e distribuição de medicamentos, e preciso lembrar que hoje existe uma Política Nacional de Medicamentos (Portaria n ° 3916 de 30/10/1996) que prioriza a descentralização dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos para a Assistência Farmacêutica Básica, ainda que a variedade de tipos de remédios ainda não atenda as necessidades da população.

Embora tenha sido definido na Matriz de Análise os critérios para determinar a plena autonomia administrativo/gerencial que um município precisaria atingir para ser considerado autônomo, é preciso considerar a sua direta dependência da autonomia financeira para o alcance dos resultados propostos. A definição de como e onde devem ser aplicados os recursos financeiros pelo Plano Orçamentário, determinará o missão institucional no que diz respeito a garantia do acesso da população as ações e serviços de saúde com qualidade, em nosso caso, as ações de hanseníase.

Na análise desta dimensão da autonomia a partir dos critérios da Matriz de Análise verificou-se que Nova Iguaçu, ainda que se encontre distante do alto padrão de autonomia administrativo e gerencial esperado, algum critério vem sendo cumpridos, ainda que não na sua integralidade: garantia de medicação às unidades de saúde com ações de hanseníase implantadas. Com relação ao grau de resolutividade dos serviços básicos de saúde o município apresenta debilidade no cumprimento deste critério. É baixo grau de autonomia concedida aos gerentes locais na determinação dos processos gerenciais e assistenciais na busca de solução de seus problemas locais de saúde. Soma-

se ainda a inexistência de uma política municipal que contemple a participação dos usuários da organização dos serviços locais de saúde.

5.4. AUTONOMIA TÉCNICA

Na segunda metade dos anos 90 novos programas e estratégias foram implantados para apoiar os municípios na construção de um novo modelo de saúde, fundamentado na ‘Vigilância em Saúde’, subsidiado pela criação do Piso de Atenção Básica- PAB (fixo e variável), a Programação Pactuada Integrada- PPI e o VIGISUS. A vigilância em saúde baseia-se na organização de um modelo assistencial que articule os conhecimentos e técnicas da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, promovendo conseqüentemente, transformações no modo de focar as atividades de vigilância (Teixeira et al, 1998).

Sem excluir as atividades tradicionais de competência da vigilância epidemiológica, a vigilância em saúde adiciona a tomada da decisão em relação à promoção e a proteção à saúde, demandando uma abordagem mais desenvolvida, capaz de integrá-los às questões assistenciais e superar fragmentações disciplinares ou burocráticas no seu modo de operar, seja através da ênfase em pesquisas, seja em atividades que enfoquem a sustentabilidade e a regulação social e técnicas das ações referidas as doenças negligenciadas (Sabroza et al, 2000).

Várias propostas vêm sendo trabalhadas para a criação de condições na operacionalização da vigilância em saúde: a) capacitação do pessoal para exercer as atividades de vigilância. b) o aperfeiçoamento dos sistemas de informação visando a ampliação das bases de dados, a qualidade das informações e a articulação entre os diversos sistemas. Atualmente a vigilância tem como eixo central à municipalização, levando em consideração os incentivos financeiros previstos na NOB/96 e no VIGISUS.

A adoção da vigilância em saúde enquanto eixo reorientador do modelo assistencial brasileiro, leva em conta a realidade de cada município, considerando os aspectos político, cultural, social, sanitário e epidemiológico. Ainda que existam diferenças entre os municípios, é sua responsabilidade reorientar um conjunto de ações e serviços a serem desenvolvidos no sistema municipal de saúde, quais sejam:

a) Assumir e consolidar a vigilância epidemiológica; b) Assumir e consolidar a vigilância sanitária; c) Assumir e implementar o programa de saúde da família; d) Reorganizar o perfil de oferta das unidades básicas, considerando os programas especiais e o perfil epidemiológico da população; e) articular a atenção de média e alta

complexidade, fortalecendo a rede pública e renegociando a compra de serviços ao setor privado; f) Redefinir a assistência laboratorial e farmacêutica (MS, 1996). Também devem ser consideradas as condições de vida e trabalho dos munícipes, as formas de organização e de atuação dos órgãos governamentais e não governamentais; o envolvimento e a participação social.

Efetivar um modelo de vigilância é, em nossa opinião, a possibilidade de reorientação do sistema de saúde, promovendo práticas de saúde voltadas a promoção, prevenção da saúde e para a oferta de um modelo assistencial que atenda as necessidades de saúde da população.

Ao avaliar-se a autonomia técnica como a capacidade que o município tem para oferecer uma assistência de qualidade aos doentes de hanseníase, se levou em consideração os modelos assistenciais empregados no atendimento da população: o modelo médico assistencial privatista e o modelo sanitarista. Teixeira et al (1998: 17) consideram *“a vigilância da saúde como um modelo assistencial alternativo conformado por um conjunto de práticas sanitárias que encerram combinações tecnológicas distintas, destinadas a controlar os determinantes, risco e os danos dos agravos de saúde”*.

O modelo assistencial que predomina nos serviços públicos de saúde é o assistencial privatista que privilegia o médico, que toma a doença em sua esfera individual, empregando como meios de trabalho os conhecimentos e as tecnologias na realização do diagnóstico e da terapêutica. O modelo sanitarista transpõe a esfera individual para trabalhar o coletivo, empregando um conjunto de ações que compõem a tecnologia sanitária. A vigilância à saúde incorpora ao modelo sanitarista na participação da população organizada, na determinação dos fatores sociais que interferem no processo saúde doença (Ribeiro & Schraiber, 1994).

No Brasil o modelo dominante é o privatista, voltado às ações curativas, que privilegia uma medicina verticalizada, de alto custo, excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da população. A prática médica é uma atividade dotada de autonomia no mercado e na preservação de espaços de decisão. Ribeiro & Schraiber (1994) consideram que a autonomia técnica está diretamente relacionada ao poder, ao saber, as técnicas e ao grau de autonomia que o profissional médico possui no mercado de trabalho.

Este mesmo cenário ocorre na hanseníase, por ser o médico a única categoria legalmente autorizada no país a confirmar o diagnóstico de um caso de hanseníase. Às demais categorias profissionais cabem realizar o diagnóstico de suspeitos. Assim um dos critérios de análise da autonomia técnica no município de Nova Iguaçu, como já mencionado anteriormente, foi *“a realização de diagnóstico de hanseníase nas unidades de saúde que contavam com a presença de no mínimo um médico”*. A análise deste critério denotou que Nova Iguaçu ainda não alcançou um alto grau de autonomia técnica, haja vista que a execução do diagnóstico não fazia parte da rotina de atendimento desses profissionais nas unidades básicas do município que contavam seu quadro de técnicos com este profissional.

Na área de saúde a autonomia médica diferencia-se das profissões paramédicas pelo prestígio, autoridade e a responsabilidade que essa profissão detém. (Freidson apud Machado, 1995). Segundo o autor há uma distinção entre autonomia técnica e autonomia socioeconômica, critério decisivo de diferenciação entre uma ocupação e uma profissão. A autonomia técnica está no centro da autoridade médica enquanto que a socioeconômica é mais periférica. Ainda que sejam impostas obrigações sociais e econômicas aos médicos, sua autonomia técnica não é afetada.

O modelo de assistencial centrado na figura do médico tem criado situações de conflito com outras áreas do setor saúde, principalmente com o planejamento, por envolver os interesses dos usuários, no que se refere ao direito de controle desta atividade essencial; o estado no que diz respeito a projeção da atenção a saúde e o órgão regulador da própria atividade profissional médica (Ribeiro, & Scheraiber, 1994).

Com o objetivo de promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país, o Ministério da Saúde no final de 1993 criou o Programa de Saúde da Família (PSF), um modelo de assistência voltado à família e a comunidade que inclui ações de proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças (MS, 1993). O objetivo do PSF é redirecionar o modelo assistencial a partir da atenção básica, buscando avançar em direção de um sistema de saúde mais universal e equânime (MS, 1997).

Atenção básica é definida pelo Ministério da Saúde (1999), como *“um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”*.

O desenvolvimento das ações básicas de saúde baseia-se em uma assistência não mais centrada na pessoa do médico, mas em uma equipe composta por um enfermeiro,

um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde que, em conjunto, tem como atribuições o planejamento/programação do cuidado, a execução do cuidados, através de ações de promoção dos cuidados, prevenção de enfermidades e recuperação e reabilitação em saúde (MS, 1999).

Em Nova Iguaçu a análise dos critérios *Cem por cento dos profissionais de nível médio de enfermagem deverão estar aptos a fazer o diagnóstico de suspeitos e ministrar o tratamento de hanseníase* e *Cem por cento dos agentes comunitários de saúde do PACS devem estar aptos a identificar na comunidade portadora de lesões sugestivas de hanseníase* demonstraram que ainda que o município tenha uma política de capacitação de recursos humanos, treinando seu técnicos de saúde na identificação de casos de hanseníase, no diagnóstico e tratamento esta não garante a efetivação destas atividades pelos profissionais de saúde. Para que o município seja considerado autônomo em relação a este critério de análise é preciso a transformação deste compromisso em uma ação de qualidade, através da implementação de um modelo assistencial voltado a promoção e prevenção da saúde.

Ainda que no conjunto das responsabilidades municipais estejam inseridas as ações dirigidas a grupos específicos da população, na prática, o que se observa é a dificuldade na operacionalização e controle dessas ações. Como pudemos observar nas modalidades de atenção à saúde estudadas no município de Nova Iguaçu, habilitado como gestão plena do sistema municipal de saúde, não foi observado a implantação das ações de controle de programas, dos agravos definidos com básicos na rede básica de saúde. O controle de algumas doenças como diabetes, hipertensão DST/AIDs e tuberculose, continuava centralizado e não acessível a toda a população.

No que diz respeito às atividades de eliminação da hanseníase, é competência da equipe de saúde da rede básica identificar na rotina de atendimento da população os portadores de lesões sugestivas de hanseníase, para posterior confirmação diagnóstica pelo médico. A participação ativa dos agentes comunitários de saúde nesse trabalho, favorecida pela sua proximidade da população durante a execução de visitas domiciliares, é de suma importância para a efetivação das ações programáticas da hanseníase.

Cabe lembrar que dentre os preceitos da NOB/01/96, destaca-se o redirecionamento do modelo de atenção, voltado a qualidade de vida da população e seu meio ambiente e na relação da equipe de saúde com a comunidade, em especial aos núcleos familiares (Brasil, 1996).

Na avaliação deste critério da Matriz de Análise do nosso Modelo Lógico de Avaliação, verificou-se que Nova Iguaçu ainda encontrava-se distante do padrão de indicadores determinados como padrão para a autonomia técnica, em que todos os auxiliares de enfermagem lotados na rede básica de saúde de Nova Iguaçu e todos os agentes comunitários de saúde do PSF deveriam realizar o diagnóstico de suspeitos de hanseníase. Tal fato se deve provavelmente pela alta rotatividade do pessoal de enfermagem nos serviços de saúde e pelo regime empregatício adotado por Nova Iguaçu para contratar os agentes de saúde, não oferecendo uma estabilidade no emprego. Em nossa opinião o alcance deste critério depende do desenvolvimento de uma política de recursos humanos, que valorize e invista continuamente na capacitação de pessoal.

Com relação ao critério *“a satisfação dos usuários como marcador da qualidade da atenção e dos serviços prestados”*, Nova Iguaçu ainda não pôde ser considerado autônomo tecnicamente, por seus indicadores não alcançarem um padrão de autonomia que atendessem as aspirações dos usuários dos serviços públicos de saúde, que buscam qualidade de assistência e resolutividade. A satisfação dos usuários dos serviços de saúde não fazia parte da agenda do gestor municipal de saúde e dos gerentes locais na avaliação da qualidade da atenção prestada a população.

Para muitos pacientes *“ser bem atendido”* significa ser acolhido pela equipe prestadora de assistência; receber um atendimento humanizado; ter resolvido seus problemas de saúde. Na avaliação da satisfação dos portadores de hanseníase é preciso levar em consideração: a) o conhecimento sobre a equipe prestadora de assistência em hanseníase na unidade em que se encontrava registrado; b) o grau de resolutividade dos serviços referente aos problemas de saúde e doença da população (Oliveira, 1992).

Embora não se tenha a intenção de aqui discutir a percepção e o grau de satisfação dos usuários portadores de hanseníase em tratamento nas modalidades de atenção a saúde, o que se pode dizer é que a satisfação dos pacientes está relacionada ao grau de relacionamento interpessoal firmado entre o usuário e a equipe técnica, com destaque ao profissional médico. Em nosso estudo não foi observada a prática dos usuários exercer sua cidadania buscando garantir seu direito de receber um atendimento clínico de qualidade dentro dos padrões científicos existentes.

Os mesmos achados foram encontrados na investigação feita por Lessa (1986) quando perguntado aos pacientes *“o que o centro de saúde deve fazer pelos doentes”*, 36% dos pacientes estavam satisfeitos com o atendimento por não haver falta de médico e nem de remédio nos serviços. Nesse mesmo estudo 25% dos pacientes declaram querer ser mais orientados e ter mais esclarecimentos sobre suas dúvidas.

No estudo realizado por Souza (1996), os resultados demonstraram que 94,20% dos usuários foram atendidos pelo profissional médico, demonstrando segundo o autor o baixo aproveitamento do pessoal de enfermagem e agentes comunitários no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde. Os entrevistados apesar de afirmarem que os profissionais que os atenderam foram atenciosos 19,21% não sabiam o nome do profissional que lhe assistiu. Para o autor a falta de hábito no uso de crachás e da apresentação do profissional ao usuário, não favorece a relação profissional-paciente e dificulta, quando necessário, a realização de queixas personalizadas.

Por ser a hanseníase uma doença crônica cujo tempo de permanência dos pacientes nos serviços de saúde varia de seis meses a quatro anos, a boa relação interpessoal entre o profissional-paciente é de suma importância para a cura desses usuários.

Ainda que a satisfação do usuário seja entendida como a capacidade que um serviço de saúde precisa ter para resolver os problemas de saúde e doença, nas quatro modalidades de atenção a saúde trabalhadas, se observou diferenças na resolutividade aos problemas apresentados pelos pacientes. Na modalidade de saúde 1 a capacidade de resolução dos problemas da população é maior, condizente ao esperado, por tratar-se de uma unidade de saúde que é uma referência municipal em doenças endêmicas e transmissíveis, inclusive hanseníase, onde são desenvolvidas ações de baixa e média complexidade. Nas demais modalidades verificaram-se diferentes graus de resolutividade. Para os usuários o mais baixo grau de resolutividade se deu na modalidade de saúde 2, ocasionada não pela ausência de tecnologias mas pela carência de prestação rotineira de assistência médica. O atendimento ao portador de hanseníase era executado em sua grande maioria pela auxiliar de enfermagem.

Em seu estudo Souza (1996:96) relata que um terço dos usuários que apresentaram problemas de saúde declararam a baixa resolutividade dos serviços procurados na solução de seu caso. Como a grande maioria desses entrevistados foi atendida por médicos, para o autor é possível inferir uma baixa resolutividade da consulta médica na rede de saúde de Itacarambi. Os motivos apresentados pelos usuários dizem respeito a fatores relacionados ao serviço, haja vista que essa clientela tinha uma visão tecnologista e medicalizada de saúde.

Campos (1988) avaliou a resolutividade dos serviços dos municípios mineiros de Janaúba e Bacaiúva, separando os serviços de saúde em referência e outros serviços. No serviço de referência de Janaúba 90% dos entrevistados foram atendidos pelo médico.

Em Bocaiúva esse percentual caiu para 70%. O autor considerou resolutividade como “*o equivalente a conjugação entre os indicadores de efetividade (entendida como produto entre eficácia e eficiência) e a satisfação*”. Em Janaúba 80% dos problemas dos usuários dos serviços de referência foram resolvidos favoravelmente. No serviço de referência de Bocaiúva esse percentual subiu para 89,9%. Dentre os motivos da não resolutividade nesses dois municípios destacam-se: “o não atendimento pelo serviço médico”, “falta de solução para o problema apresentado”, “carência de recurso financeiro para aquisição da medicação” ou ainda “o não início imediato do tratamento”.

Como pudemos observar a oferta de atendimento médico, de tecnologia de última geração e de uma gama diversificada de medicamentos não é garantia de uma boa qualidade de atenção. É preciso a instituição dos princípios da hierarquia e regionalização do SUS, obedecendo aos níveis de complexidade da assistência, na otimização dos recursos financeiros do SUS. Hoje já é sabido que as ações de atenção básica (baixa complexidade) é capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população. Mas é preciso estar atento se as modalidades de saúde atendem as determinações da NOB/1996 e do PAB/SIA/SUS, no que diz respeito à execução dos procedimentos segundo os níveis de complexidade da assistência.

Trabalhar avaliação, a partir da concepção dos usuários dos serviços de saúde é uma prática que precisa ser mais explorada no desenvolvimento de pesquisas científicas. A satisfação do usuário como uma medida de resultado da qualidade dos serviços de saúde prestados é uma importante ferramenta a ser empregada pelos gestores municipais na definição das políticas públicas de saúde. Para os doentes de hanseníase ainda permanece a concepção de que a qualidade da assistência está relacionada à oferta tecnológica. As diferenças de infra-estrutura e da capacidade instalada das quatro modalidades de saúde avaliadas, foram os determinantes da maior capacidade resolutiva da modalidade de saúde 1 em relação as modalidades 2, 3 e 4 por tratar-se de uma referência municipal que conta com um maior aparato tecnológico e de recursos profissionais qualificados no atendimento de hanseníase.

O outro critério da Matriz que permitiu determinar o grau de autonomia técnica foi o “*desenvolvimento das ações de controle da hanseníase, com destaque ao diagnóstico e tratamento em todas as unidades básicas de saúde*”. No que se refere às ações voltadas ao controle e eliminação da hanseníase, essas estão incluídas no conjunto das ações gerais da atenção básica, enquanto uma doença de notificação compulsória e que necessita do desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no

processo de saúde/doença da população, ampliando o controle social na defesa da qualidade de vida. Enquanto ações voltadas a grupos específicos, as ações definidas foram: o controle e o tratamento até a cura dos casos de hanseníase (MS, 1999).

Como primeiro componente de controle está a detecção de casos novos de hanseníase, que ocorre na maioria dos serviços de saúde do estado do Rio de Janeiro e do Brasil através da demanda espontânea e de encaminhamento (SES, 2000; MS, 1999). Devido ao longo período de incubação e da evolução crônica da doença, há um retardo na procura aos serviços de saúde pelos portadores da doença, refletindo conseqüentemente sobre a transmissão e a manutenção da endemia. Este fato pode ser observado no registro dos casos, onde ocorre uma defasagem entre o início da doença e a sua detecção. O que termina por ser registrado é o que é chamado de *incidência de registro* (Fontes apud Andrade, 1996) ou um *coeficiente de detecção de casos*, que são os casos novos diagnosticados em uma área e período de tempo determinado (Lechat et al, apud Andrade, 1996).

Verificou-se que em Nova Iguaçu a descoberta de casos novos seguiu o mesmo padrão nacional: os doentes procuraram os serviços de saúde espontaneamente, embora alguns casos tenham sido influenciados por ações educativas direcionadas a comunidade desenvolvida pelo MORHAN.

A segunda ação de controle que compôs este critério de análise foi o tratamento. Em Nova Iguaçu foi identificado problema na sua operacionalização na modalidade de referência (1), referente ao cumprimento do tempo preconizado para tratamento PQT Multibacilar 12 doses, e mais raramente, para o Paucibacilar. Os profissionais médicos daquela modalidade de atenção a saúde alegaram que o número de doses preconizadas nacionalmente não é suficiente para curar os doentes e que a determinação da alta por cura deve ser respaldado no resultado de exames complementares.

A recomendação da OMS, com relação ao critério de alta por cura, acatada pelo governo brasileiro nas Instruções Normativas do Ministério da Saúde- Portaria 1073/2000, se baseia no número de doses preconizadas para o tratamento segundo a classificação operacional MB e PB. A cura é determinada pelo número de cartelas ingeridas pelo doente (MS, 2000; OMS, 2000).

É preciso lembrar, ao se avaliar a operacionalização do tratamento PQT na rede básica de saúde, que a única medida existente para curar a hanseníase é o tratamento. O princípio máximo da PQT é eliminar as condições que favoreçam a transmissão da doença esperando produzir impacto epidemiológico em curto prazo, entendido como controle (WHO, 1982; Dharmendra, 1986).

Ainda que não haja no meio científico um consenso sobre o número de doses ideal para curar os casos de hanseníase, a eficácia terapêutica do esquema proposto já foi comprovada. Nessa discussão se tem como pano de fundo a autonomia médica, responsável pela tomada de decisões no processo de trabalho no setor saúde e na sua independência técnica para definir condutas (Ribeiro & Schraiber, 1994). Em nossa opinião ainda que o médico seja provido de poder na tomada de decisões, sua autonomia se relativiza a partir do momento que são determinadas normas técnicas que definem mundialmente os regimes de tratamentos da hanseníase. No tratamento da hanseníase, onde todos os esquemas terapêuticos são mundialmente padronizados, o poder médico não deveria transpor as normas técnicas.

Para Andrade (1996) *“o sucesso da eliminação da hanseníase esta diretamente relacionada à duração do tratamento, criando-se assim, uma necessidade imperiosa de que os pacientes terminem o tratamento recomendado e sejam liberados por alta por clínica, sendo retirados da prevalência”*. Assim as atividades do programa precisam ser redimensionadas no que se refere, ao seguimento dos casos e a manutenção de um sistema de informação que consiga pontuar este problema (Daumerie, apud Andrade, 1996).

A aceitação dos pacientes de hanseníase em fazer seu tratamento mensal próximo ao seu domicilio também pode ser considerado um resultado positivo neste estudo de caso. A hipótese de não querer ser rotulado como um doente de hanseníase pelos seus conhecidos locais não foi evidenciada na fala dos entrevistados. O estigma não é um fator impeditivo da descentralização.

Embora não se pretenda discutir a ação de educação em saúde, sua complexidade tem dificultado sua operacionalização na rotina da rede básica de saúde. Segundo alguns autores existem problemas entre as ações de educação e as ações de saúde, no que diz respeito a utilização dos conhecimentos para o desenvolvimento de suas atividades.

Para Lessa (1986) há uma grande distância entre a “saúde conceitualizada” e a “saúde vivida”. Na rotina da prestação de serviços de saúde há a tentativa de substituir ou incorporar conceitos para se ter melhor saúde, diminuir o dano ou curar a doença. A educação é uma técnica social que pode ser usada para influenciar o comportamento humano, tanto como fator conservador como de transformação. Entretanto ela é relegada a um segundo plano para dar espaço aos aspectos científicos da doença. Segunda a autora a política de controle da hanseníase estabelece estratégias e

prioridades, consideradas educativas sob o ponto de vista dos técnicos que nem sempre coincidem com a dos técnicos da área de educação em saúde.

Tal fato pôde ser comprovado nas modalidades de atenção a saúde 2,3 e 4, que direcionavam suas atividades de educação em saúde em hanseníase apenas para os pacientes, nem sempre atendendo as suas expectativas e necessidades.

Ainda que não tenha sido incluído o componente prevenção e tratamento da incapacidade física como de ações de eliminação da hanseníase, aproveitou-se nas visitas feitas as modalidades de atenção a saúde para identificar se atendimento específico vinha sendo prestado aos portadores de comprometimento sensitivo e motores decorrente da doença. O grande número de técnicas aplicáveis no tratamento das incapacidades e deformidades físicas decorrente da hanseníase dificulta sua execução pelos profissionais da rede básica de saúde, ainda que seja uma orientação do Ministério da Saúde não dissociá-la do tratamento PQT. *“Ações simples de prevenção e de tratamento de incapacidades físicas por técnicas simples devem ser executadas na própria unidade de saúde, inclusive por pessoal auxiliar, devidamente treinado e sob supervisão adequada”* (MS, 2001).

No modelo organizacional das ações de controle e eliminação da hanseníase, as atividades de prevenção e tratamento das incapacidades não fazem parte dos procedimentos a serem executados na rede básica de saúde. Essas deverão ser realizadas nos centros de reabilitação, por serem atividades de média e alta complexidade. A falta de recursos materiais específicos para a execução das técnicas de reabilitação dificulta o desenvolvimento desta ação de controle nos serviços de média complexidade.

Cabe lembrar que a avaliação do grau de incapacidade física foi definida para esta tese como uma ação de eliminação da hanseníase, por ser uma das prerrogativas para a execução das técnicas de prevenção. Soma-se a este fato a importância desta avaliação no momento do diagnóstico para estimar a efetividade das atividades para a detecção precoce dos casos e da existência de uma endemia oculta assim como na alta por cura para mediar a qualidade do atendimento prestado pelos serviços de saúde (MS, 2000).

Finalizando a discussão sobre o critério execução de todas as ações assistenciais básicas pela rede básica de saúde, com destaque as ações de controle e eliminação diagnóstico, avaliação do grau de incapacidade física e tratamento da hanseníase, da Matriz de Análise relacionado à autonomia técnica, embora já venham sendo desenvolvidas em algumas unidades públicas de saúde, estas precisam ser efetivamente

assumidas enquanto ações de atenção básica de saúde, principalmente pelo Programa Saúde da Família, que se encontra em fase de expansão em Nova Iguaçu.

A NOB/01/93 (Brasil, 1996) propõe a estratégia do Programa de Saúde da Família como eixo organizador dos serviços básicos de saúde e as ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Essa estratégia vem contribuir para a execução das atribuições e responsabilidades apontadas para a atenção básica modificando os padrões das doenças e a condições de vida da população e do meio ambiente. O PSF é uma importante ferramenta do governo federal para reestruturar a atenção em saúde a partir dos princípios de descentralização, territorialidade, intersetorialidade, priorizando grupos populacionais com maior risco de adoecer. (Trad & Bastos, 1998). Cada unidade de Saúde da Família tem a seguinte estrutura de organização: área de abrangência com população adstrita (oitocentos a mil famílias por equipe); equipe multiprofissional composta por um médico, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, devendo residir no município de atuação, e trabalhar em regime de dedicação exclusiva (MS, 1994).

Ainda que o PSF promova mudanças no modelo assistencial, a cobertura populacional resultante de sua implantação nos municípios brasileiros ainda é bastante baixa. Toma-se como exemplo o Município de Nova Iguaçu que possuía em setembro de 2001 doze Módulos de Saúde da Família, cobrindo somente 5,4% da população.

É sabido que existem mecanismos que permitem acompanhar o desenvolvimento das ações e atividades na rede de saúde e avaliar seu impacto sobre as condições de vida da população, por meio da utilização dos sistemas de informação existentes que permitem construir os indicadores do PAB/SIA/SUS e do SIAB/SUS.

Na organização do sistema municipal de saúde definida pela NOB/01/96, no que se refere ao conjunto de ações que caracterizam a atenção básica, foram determinadas responsabilidades aos municípios habilitados no SUS referente à gestão da atenção básica e na atenção dirigida à população geral e a grupos específicos (MS, 1996). O desenvolvimento das ações básicas de saúde pelos estabelecimentos de saúde de Nova Iguaçu, infelizmente ainda não garantem o acesso da população aos serviços de saúde. A NOB destaca a necessidade de transformar a atenção até então prestada em um modelo centrado na melhoria da qualidade de vida da população e do meio ambiente.

Para melhorar a qualidade da atenção básica de saúde, no ano 2001 nova regulamentação do SUS foi instituída pelo Ministério da Saúde, acrescentando determinadas responsabilidades ao conjunto de ações e serviços de saúde dos municípios, a Norma Operacional de Assistência a Saúde –NOAS/SUS/01/2001 (Brasil,

2001). A NOAS além de incluir as ações e os serviços já definidos no Piso de Atenção Básica – PAB, acrescentou novos procedimentos que passaram a ser responsabilidade dos municípios habilitados à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada –PABA (Brasil, 2001; SESRJ, 2001).

Outro critério de análise utilizado para determinar o maior grau de autonomia técnica que um município pode alcançar, foi “*Garantia de medicação hansenostática em todas as unidades básicas de saúde para tratamento dos casos de hanseníase existentes na localidade*”. Ainda que exista uma Política Nacional de Medicamentos (Portaria nº 3916 de 30/10/96) que priorize a descentralização dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos para a Assistência Farmacêutica Básica, o Programa de Hanseníase é um dos poucos programas, que tem garantido pela OMS o tratamento gratuito para todos portadores de hanseníase do país até o ano 2005. Entretanto, observa-se que a descentralização do diagnóstico e do tratamento para as unidades básicas de saúde não vem sendo acompanhada por uma política municipal de programação, distribuição e controle da medicação específica.

Em Nova Iguaçu, o setor de farmácia do município embora seja o responsável pelo recebimento, armazenamento e distribuição de todos os insumos, no momento da realização de nosso trabalho não havia assumido a responsabilidade pela disponibilização rotineira da medicação hansenostática às unidades com ações de hanseníase implantadas. Essa atividade vinha sendo realizada pela coordenação municipal do programa de hanseníase, que adota como parâmetro para a programação da medicação: o número de pacientes em tratamento, e não o cálculo de consumo, empregado pela maioria dos farmacêuticos dos municípios. Este é um dos indicadores da Matriz de Análise relacionado a autonomia técnica que Nova Iguaçu vem exercendo com total autonomia.

Ainda que se tenha incluído a “*garantia de apoio laboratorial na confirmação diagnóstica de um caso de hanseníase, sempre que se fizer necessário*”, como um dos critérios que determina a autonomia técnica de um município, é preciso lembrar que a realização do exame bacterioscópico não é determinante para o diagnóstico deste agravo. A clínica é soberana.

A utilização de exames laboratoriais como complemento do diagnóstico dos casos de hanseníase tem perdido nos últimos anos sua importância uma vez que o diagnóstico baseia-se em critérios clínicos. A OMS (2000) recomenda a adoção do número de lesões de pele como o único critério para a classificação dos casos, excluindo assim a realização do exame baciloscópico da rotina da rede básica de saúde. Mas para

o Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária (2001) se o referido exame estiver disponível na rede de saúde o mesmo poderá ser utilizado como apoio diagnóstico. Já a NOAS define este exame complementar como um procedimento de média complexidade, a ser prescrito para os casos cuja clínica não consiga isoladamente confirmar o diagnóstico do caso (Brasil, 2001). Entretanto, o que se observou foi o uso indiscriminado deste exame laboratorial pelo programa de hanseníase.

Outro tipo de exame ainda solicitado pelo médico como complementar ao diagnóstico de hanseníase, embora em uma menor frequência é a histopatologia. Ainda que a norma nacional (MS, 2000) não mais proponha a realização deste exame, o mesmo vem sendo indicado para a confirmação do diagnóstico do caso neural puro. A bacterioscopia e a histopatologia são indicados como critério para a confirmação de recidiva de paciente multibacilar (MS, 2000).

De acordo com o modelo organizacional do município de Nova Iguaçu, estes dois exames laboratoriais ainda eram empregados para a confirmação e classificação dos casos novos de hanseníase, com destaque nas modalidades de atenção a saúde 1 e 2. Para os médicos da modalidade de atenção a saúde 1 positividade do exame bacterioscópico, realizado rotineiramente na 12^a dose do tratamento, determina a continuidade, ou não, do tratamento.

Em 1998 foi inaugurado o Laboratório de Referência Municipal, para cobrir os programas que necessitam de apoio laboratorial na rede de atenção básica como de média complexidade. O exame bacterioscópico é um dos exames que compõem o conjunto de procedimentos laboratoriais utilizados no município, não favorecendo deste modo a predominância do diagnóstico clínico sobre o diagnóstico laboratorial, ainda que a clínica seja soberana.

O outro critério da Matriz de Análise trabalhado foi *“alimentação sistemática do SINAN/Hansen como parte integrante da vigilância epidemiológica”*. Assumindo-se o sistema de informação como parte integrante da vigilância epidemiológica dos agravos de saúde, sua real implementação irá contribuir à ampliação da autonomia dos municípios.

A vigilância epidemiológica definida pelo Ministério da Saúde (1998) como um *“conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos”* merece destaque entre os objetivos e diretrizes do sistema

único de saúde. Ela objetiva fundamentar o desenvolvimento das ações de controle dos agravos de saúde, fornecendo informações atuais para o monitoramento e avaliação dessas doenças. Para tal torna-se necessário a implementação ágil e efetiva dos sistemas de informação que forneçam informações fidedignas e atualizadas sobre os agravos de saúde, e o comportamento epidemiológico das doenças subsidiando os gestores de saúde, nas três esferas de governo, na tomada de decisão.

A promulgação da Lei Orgânica da Saúde trouxe importantes contribuições para a área de vigilância epidemiológica, priorizando o fortalecimento de sistemas municipais de vigilância epidemiológica dotados de autonomia técnico-gerencial para enfocar os problemas de saúde prioritários de suas respectivas áreas de abrangência. Cada nível do sistema de saúde tem atribuições específicas sobre as ações de vigilância epidemiológica, no que se refere aos sistemas de informações (MS,1998).

A qualidade da informação para nós depende da eficiência do nível local em assumir sua responsabilidade na produção dos dados confiáveis e da instituição pelo município de um fluxo ágil e sistemático destes dados as esferas hierárquicas superiores para a produção de informação que expressem o perfil epidemiológico/demográfico da sua população.

Com relação às informações sobre a hanseníase no município de Nova Iguaçu apresentados no capítulo 2, estas foram originárias dos instrumentos do SINAN, fonte oficial de dados para a construção dos indicadores de avaliação e acompanhamento das ações do programa de hanseníase. A ficha de notificação é a única fonte empregada para avaliar o comportamento epidemiológico da hanseníase. Para a avaliação da efetividade do tratamento e monitoramento da hanseníase é utilizada a ficha de acompanhamento dos casos (Andrade et all, 1999; MS, 2000).

A ausência de um fluxo ágil das informações do nível local para o municipal em Nova Iguaçu tem dificultado a construção dos indicadores essenciais epidemiológicos e operacionais, que permitem avaliar o comportamento da endemia no município e subsidiar a Secretaria Municipal de Saúde na tomada de decisões em busca da reversão do quadro endêmico e da melhoria da qualidade da atenção prestada.

Segundo Andrade (1999) embora o SINAN favoreça a padronização da notificação em todo o território nacional o processo de compilação e da divulgação dos dados do programa de hanseníase é lento. Cita-se como exemplo os dados nacionais de hanseníase referente ao ano de 1998 que só foram disponibilizados no final do ano de 1999.

O último critério da Matriz de Análise utilizado na avaliação da autonomia de Nova Iguaçu em relação aos aspectos técnicos foi “*a avaliação, monitoramento e supervisão em hanseníase*”, apresentados no capítulo anterior. Este foi mais um dos indicadores que o município não conseguiu transformar em uma ação de qualidade, demonstrando assim a falta de autonomia técnica para supervisionar e acompanhar o processo da eliminação da hanseníase, no que diz respeito ao cumprimento de metas, em função da avaliação dos resultados bem como de seu impacto sobre a saúde da população. Instrumentos ou métodos de avaliação não foram empregados pela Coordenação de Saúde Coletiva ou pela própria coordenação do programa municipal de hanseníase. Apenas anualmente foram construídos alguns indicadores epidemiológicos que permitem avaliar a magnitude da doença no município.

Finalizando esta discussão, a sistematização dos critérios da Matriz de Análise do Modelo Lógico por nós construído, permitiu avaliar os progressos obtidos com a descentralização das ações de eliminação da hanseníase no município de Nova Iguaçu. O resultado da análise dos vinte e três critérios, como mostra o Quadro 24, demonstrou que embora o município não tenha atingido o padrão da autonomia, avanços foram observados no processo de implantação das ações de eliminação da hanseníase na rede básica de saúde.

QUADRO 24: Sumário dos resultados encontrados na aplicação da Matriz de Análise do Modelo Lógico de Avaliação da Descentralização das Ações de Eliminação da Hanseníase alcançados pelo Município de Nova Iguaçu, julho de 2001.

	RESULTADOS
Autonomia Política	. Não adoção das determinações normativa para eliminar a hanseníase.
Autonomia Financeira	. Inexistência de um Plano Orçamentário de aplicação e movimentação financeira. . As três ações de eliminação da hanseníase vêm sendo desenvolvidas com recursos financeiros do PAB, parte fixa e parte variável, bem como de tributos originários do município. As unidades públicas de saúde não tem auto-governabilidade local: ausência de verba de pronto pagamento.
Autonomia Administrativo/ Gerencial	. Desconhecimento por parte dos usuários sobre a o papel dos serviços de saúde e dos serviços que devem ser prestados. . Participação de outros segmentos sociais na eliminação da hanseníase. . Garantia de insumos, materiais e medicamentos nas unidades de saúde de maior porte para atender a demanda. . Baixo grau de envolvimento dos conselheiros municipais de saúde no planejamento e controle da lotação orçamentária. . Não há uma prática em realizar avaliações das ações de controle de hanseníase. Apenas aplica alguns indicadores essenciais. . Inexistência de um plano de ação nas unidades sanitárias. . As unidades de saúde locais tinham autonomia para administrar os recursos humanos e
Autonomia Técnica	. Garantia de medicação hansenostática em todas as unidades básicas de saúde para tratamento dos casos de hanseníase existentes na localidade. . Garantia de apoio laboratorial de apoio diagnóstico de hanseníase, sempre que se fizer necessário. . Alimentação sistemática do SINAN/Hansen como parte integrante da vigilância epidemiológica. * . Reduzida autonomia técnica para monitorar e supervisionar o processo da descentralização das ações de hanseníase nas unidades básicas.

Os Critérios relacionados ao sistema de informação SINAN/Hansen e a avaliação, monitoramento e supervisão, ainda que não sejam desenvolvidos em sua integralidade, não podem ser desconsiderados, por estarem em processo de implementação no momento da realização deste estudo.

Avaliações, sejam de processo, resultados ou de impacto, precisam continuamente ser realizadas orientando o governo municipal na tomada de decisões, na busca de um sucesso organizacional e institucional.

CONCLUSÃO

Uma avaliação pode ser eficaz para a reorientação do processo ao qual ela se destina, quando as informações obtidas indicam tanto os sucessos alcançados como as falhas existentes, subsidiando o aperfeiçoamento das ações de um programa. Neste sentido, as informações obtidas através da aplicação do modelo lógico de avaliação da descentralização das ações de diagnóstico, avaliação do grau de incapacidade física e o tratamento da hanseníase tiveram como núcleo central de análise a autonomia nas dimensões política, financeira, administrativo/gerencial e técnica do governo do município de Nova Iguaçu na condução do sistema de saúde, pontuando tanto os aspectos positivos como os obstáculos encontrados na sua implementação.

A factibilidade da utilização do modelo lógico construído neste estudo, decorrente do seu baixo custo e da rapidez de sua aplicação em relação a outras metodologias de avaliação, não pode deixar de ser considerada como importante. Os instrumentos que compõem o modelo lógico de avaliação poderão ser replicados em outras localidades, intra e intermunicipais.

A contribuição para o campo da avaliação foi elaborar um julgamento de valor sobre a implementação de uma política de saúde que tivesse como prioridade a redução da iniquidade ainda presente na oferta de serviços e ações de saúde, voltadas à eliminação da hanseníase daquele município.

Ao aplicar-se a Matriz de Julgamento segundo os indicadores de cada dimensão da autonomia, observa-se no município de Nova Iguaçu uma variação entre os três níveis de descentralização, definidos na construção do nosso modelo lógico desta avaliação:

Nível de Descentralização 1: O poder de decisão é centrado no gestor municipal, com uma reduzida autonomia do Conselho Municipal de Saúde, dos dirigentes locais e das áreas técnicas inclusive do programa de hanseníase para definir as diretrizes políticas, financeiras, administrativas e técnicas voltadas a promoção, prevenção a saúde tratamento e reabilitação dos agravos de saúde, com destaque a hanseníase. Neste nível de descentralização as ações programáticas de eliminação não são executadas pela rede básica do município; o programa de hanseníase é vertical com a assistência centrada na figura do dermatologista.

Nível de Descentralização 2: Situação intermediária, em que ainda que o município tenha avançado em alguns aspectos da descentralização, ainda não alcançou a plena autonomia política, financeira, administrativa e técnica, segundo os critérios definidos a seguir:

Nível de Descentralização³: o município alcançou autonomia plena em todas as suas dimensões, através da descentralização do poder de decisão.

Para sistematizar o julgamento do processo e do resultado da intervenção aqui estuda, apresenta-se no Quadro 24 uma síntese dos resultados encontrados a partir da aplicação da matriz de julgamento do modelo lógico de avaliação por nós elaborados:

QUADRO 25: Sumário do Julgamento da Avaliação da Descentralização das Ações Programáticas de Hanseníase no município de Nova Iguaçu, julho de 2001.

NÍVEL	DESCENTRALIZAÇÃO 1	DESCENTRALIZAÇÃO 2	DESCENTRALIZAÇÃO 3
Autonomia Política	<p>.CMS não define as prioridades e diretrizes de saúde</p> <p>.CMS desconhece o desenvolvimento das três ações programáticas de eliminação da hanseníase</p>		
Autonomia Financeira	<p>. Não existe um Sistema de Referência Intra ou Inter municipal para os portadores de deformidades físicas em hanseníase</p>		<p>. Os recursos financeiros do PAB custeiam os procedimentos de hanseníase ligados às três ações de eliminação da hanseníase.</p>
Autonomia Administrativo/ Gerencial		<p>. A unidade de saúde tem pouca autonomia gerencial/ administrativa na resolução dos problemas locais.</p> <p>. As ações assistenciais não obedecem totalmente os parâmetros técnico-normativos.</p> <p>. As unidades básicas de saúde são esporadicamente avaliadas, monitorizadas e supervisionadas pelo nível municipal.</p> <p>.Supervisão esporádicas no acompanhamento do desempenho na execução das 3 ações de eliminação implantados.</p>	<p>. Presença de estoque regulador de hansenostáticos em todas as unidades básicas de saúde.</p>

(continuação)

QUADRO 25: Sumário do Julgamento da Avaliação da Descentralização das Ações Programáticas de Hanseníase no município de Nova Iguaçu, julho de 2001.

NÍVEL	DESCENTRALIZAÇÃO 1	DESCENTRALIZAÇÃO 2	DESCENTRALIZAÇÃO 3
Autonomia Técnica		<ul style="list-style-type: none">. Apenas uma unidade básica de saúde de cada distrito municipal, que conte com a presença do profissional médico, realiza o diagnóstico de casos e avaliam o grau de incapacidade física em hanseníase.. Apenas uma unidade básica de saúde de cada distrito municipal trata os doentes de hanseníase.. Apenas algumas unidades do PSF realizam o diagnóstico de casos, avaliam o grau de incapacidade física e tratam hanseníase.. Somente alguns agentes comunitários de saúde do PACS identificam casos suspeitos de hanseníase na comunidade.	

Na dimensão da autonomia política, Nova Iguaçu foi categorizado no nível 1 de descentralização, uma vez que politicamente o município, através de seus representantes legais, ainda não conseguiu avançar na construção política da proposta de eliminação da hanseníase. As ações para implementar esta estratégia ainda estão restritas a esfera das proposições. Tal fato pode ser comprovado pela inexpressiva participação do Conselho Municipal de Saúde na definição das diretrizes de saúde e no seu total desconhecimento sobre as ações que o país e o estado do Rio de Janeiro vem adotando para reverter o quadro endêmico da doença.

No que diz respeito à autonomia financeira o município classificado como de descentralização intermediária (nível 2). A combinação dos indicadores desta dimensão no município explicita níveis internos diferenciados. O repasse automático e regular de recursos da união e do estado ao município, com objetivo de financiar as ações e serviços de saúde, têm cumprido todos os critérios legais definidos na Norma Operacional Básica 01/96 e na Norma Operacional de Assistência a Saúde (Brasil, 1996; Brasil, 2201).

Ainda que os recursos do PAB/SIA/SUS financiem os procedimentos da atenção básica, inclusive os voltados à atenção da hanseníase; ainda que as ações de eliminação da doença cubram 100% da população nova iguaçuense, o diagnóstico da hanseníase é oferecido em apenas 13% (5/38) e o tratamento da hanseníase em 34% (13/38) das unidades básicas da rede de saúde, respectivamente. Assim este indicador estaria oscilando em os níveis 2e 3 de descentralização.

O segundo indicador referente a autonomia financeira da Matriz de Julgamento revelou que o município não instituiu uma política de investimentos financeiros que contemplasse uma assistência aos portadores de deficiência física , inclusive os doentes de hanseníase até a data de realização do estudo, sendo classificado, portanto, como de nível de classificação 1.

No julgamento da autonomia administrativo/gerencial do setor saúde do governo do município em análise, os cinco indicadores que compõem esta dimensão de autonomia, expressou uma aproximação moderada ao padrão de referência (nível de descentralização 2.) O desenvolvimento de supervisão, monitoração e avaliação ainda não é uma prática realizada rotineiramente tanto pela coordenação do programa de hanseníase como pela coordenação de saúde coletiva. Entretanto, esta é uma ação que vem sendo desenvolvida esporadicamente pela coordenação municipal do programa de hanseníase do município de Nova Iguaçu, mesmo que o município não tenha como rotina elaborar um Plano Anual de Ação para o desenvolvimento e monitoramento das

atividades de hanseníase, com cronograma mensal de supervisões e tenha dificuldades de locomoção às unidades básicas de saúde com ações programáticas implantadas. Para avaliar anualmente o programa de hanseníase, a coordenação municipal de hanseníase utiliza alguns indicadores essenciais do Ministério da Saúde.

A avaliação do indicador 'resolução dos problemas gerenciais pela unidade de saúde', demonstrou que as modalidades de atenção à saúde avaliadas não possuem recursos financeiros para solucionar os problemas emergenciais e imediatos, dependendo de soluções do nível central da secretaria de saúde. Esta centralização do poder leva a uma ineficiência e a uma baixa eficácia e efetividade do nível local na prestação de serviços e ações de qualidade que satisfaçam seus usuários. O julgamento deste indicador foi categorizado no nível 2 de descentralização.

No julgamento do município de Nova Iguaçu com respeito à obediência às normas técnicas, verificou-se o seu não cumprimento por alguns técnicos da rede de saúde, com destaque ao profissional médico, ainda que todos tenham recebido algum tipo de treinamento prévio em hanseníase. A autonomia técnica conquistada pela categoria médica tem dificultado o cumprimento das Instruções Normativas (MS/GM/1073/2000) na confirmação clínica do diagnóstico de hanseníase e na adoção dos critérios de alta por cura, responsável pela manutenção de uma alta prevalência da doença no município. Essa conduta tem levado alguns pacientes a não acreditarem na cura de sua doença, ou ainda a não mais retornarem ao serviço após completarem o número de doses preconizadas, passando a ser considerados pelo programa municipal como 'abandonos de tratamento', ao invés de curados. Na matriz de julgamento este indicador foi considerado de nível de descentralização intermediário (nível 2).

O último indicador julgado na dimensão autonomia administrativo/gerencial foi à manutenção de um estoque regulador de medicação hansenostática nas unidades de saúde com ações programáticas implantadas. Ainda que o município no momento desta pesquisa avaliativa não tivesse implantado um programa de distribuição, armazenamento e controle de medicamentos, não havia falta das drogas para tratamento de hanseníase nas modalidades visitadas.

Concluindo a avaliação desta dimensão de autonomia, é possível pensar que o modelo organizacional adotado em Nova Iguaçu, não favorece a descentralização do poder de decisão nos aspectos administrativo/gerenciais às esferas competentes, os coordenadores de programas e os gerentes de locais de saúde. Os indicadores desta dimensão de autonomia apontam para um nível de descentralização 2, com exceção da

manutenção da medicação hansenostática que já atingiu o grau máximo de descentralização (nível 3).

Finalmente a avaliação da autonomia técnica a partir da matriz de julgamento, também sinaliza para um nível intermediário de descentralização (2). Ao se julgar os resultados obtidos a partir da aplicação dos quatro indicadores desta dimensão da autonomia que compõem a Matriz de Julgamento, de acordo com as informações já apresentadas anteriormente, constatou-se que Nova Iguaçu ainda encontra-se distante do mais alto nível de descentralização (3). A cobertura de unidades básicas de saúde, incluindo o PSF, com o diagnóstico de hanseníase implantado ainda é muito baixa. Se todas as unidades básicas de saúde do município precisam oferecer atendimento médico à população, e se toda a rede pública de saúde possui o profissional médico para confirmar o diagnóstico dos agravos de saúde, não há entraves legais para que o município consiga efetivar este componente de controle. Apenas o poder de decisão do gestor municipal poderá factibilizar esta ação em toda a rede básica de saúde.

O julgamento do indicador tratamento da hanseníase em todas as unidades básicas de saúde, mostrou que o município também foi classificado no nível 2 de descentralização. Tal fato é decorrente do baixo número de unidades de saúde com tratamento de hanseníase implantado, associada a baixa aceitabilidade dos usuários em fazer seus tratamentos em serviços que não contam com a assistência médica. O início do tratamento PQT ocorre a partir da instituição e da prescrição do esquema de tratamento pelo médico, com posterior seguimento da equipe de enfermagem para administrar a dose supervisionada e dispensar a medicação auto-administrada. A tendência do usuário é se dirigir e se manter nos serviços de saúde que contam com a oferta de consulta médica. Também é preciso estar atento para o fato que a liberação da medicação hansenostática pela Organização Mundial de Saúde sem custos para os países endêmicos, tem como prazo o ano 2005. A partir desta data os investimentos em insumos e medicação passarão a ser responsabilidade dos governos de cada país. É preciso lembrar que o Brasil ainda não possui auto-suficiência para produzir todas as drogas que compõem as cartelas de tratamento de hanseníase, com destaque a clofazimina.

Os próximos indicadores da matriz de julgamento, que se referem ao compromisso do PSF e PACS em desenvolver atividades relacionadas à eliminação da hanseníase, mostraram a reduzida prioridade da coordenação municipal dos referidos programas em incorporar na rotina do atendimento à população de cada módulo do PSF o diagnóstico, o tratamento e a avaliação do grau de incapacidade física decorrente da

doença. A coordenação desses programas não tem o poder de decisão para fazer com que as equipes de família assumam as ações de eliminação, com destaque ao diagnóstico. Assim julgou-se este um indicador de nível de descentralização 2.

A avaliação do processo e do resultado da descentralização das ações de eliminação da hanseníase, a partir dos treze indicadores que constituíram a matriz de julgamento, permite concluir que a descentralização das ações e serviços de saúde no município de Nova Iguaçu tem oscilado entre avanços e recuos na implementação das políticas de saúde brasileira, principalmente no que se refere as diretrizes para o controle e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.. Existe uma consciência que a descentralização é um processo complexo que traz em seu bojo uma historicidade e uma cultura enraizada na centralização. Descentralizar é ampliar a autonomia, a transferência de poder, a autoridade e a responsabilidade; é dar poder de decisão para quem efetivamente sofre o problema – o nível local. Instituir um modelo de gestão democrático e participativo, com ênfase na autonomia que transponha uma visão tecnocrática e administrativa, de aglomerados de profissionais e de tecnologia, para como um conjunto harmônico/desarmônico que prestam assistência a uma população carente ainda é um desafio ao nosso sistema de saúde.

Ao assumir-se a autonomia como componente da descentralização, pretendeu-se avaliar o grau de responsabilidade do município com a implantação de um novo modelo de atenção, que promovesse o aumento do acesso da população, em destaque os portadores de hanseníase, a serviços mais resolutivos considerando indicadores determinados.

A categoria autonomia para nós transcende os aspectos organizacionais e financeiros que norteiam a gestão de setores. A autonomia é aqui compreendida como uma categoria que media a inclusão das ações organizadas de saúde e o processo democrático brasileiro. A Constituição Brasileira de 1988 ao deslocar o poder aos municípios pela descentralização, criou as condições para que o município exerça sua autonomia, no caso da saúde para organizar o subsistema de saúde de acordo com as especificidades locais, respeitados os seus demais postulados. A responsabilidade de prestar serviços de atendimento à saúde da população é outra atribuição delegada aos municípios pela Constituição (Brasil, 1988; Silva, 2000).

Um alto grau de autonomia foi atribuído aos municípios brasileiros, promovendo uma relação com as esferas superiores de governo a governo. De acordo com a Constituição Federal a inclusão dos municípios entre os membros da federação significa

a valorização do poder local. Os municípios possuem autonomia para elaborar e colocar em vigor suas leis municipais, não necessitando da aprovação das hierarquias superiores. Esses têm competência para suplementar as normas federais ou estaduais, no que diz respeito à atividade administrativa municipal. Entretanto, essas leis não podem ir de encontro aos preceitos jurídicos legais estaduais e federais.

À medida que o processo de gestão descentralizada do SUS vai se sedimentando, observam-se problemas na sua consolidação: a) a inexperiência concreta dos municípios na gestão e análise da descentralização; b) as três esferas de governo são autônomas; não tem vinculação hierárquica; c) a heterogeneidade dos municípios brasileiros no que diz respeito ao espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa nem sempre correspondem a uma rede regionalizada e resolutiva dos serviços de saúde com todos os níveis de complexidade, ou ainda, que essa rede exerça uma atração além de seus limites (Brasil, 2001).

No entanto, Rinaldi et al (1997) ao consultarem a legislação do setor saúde, especificamente as Leis Orgânicas de Saúde nº 8080/90 e 8142/90 (MS, 1990), questionam a real autonomia concedida aos municípios. Para os autores, as Leis Orgânicas desrespeitam os preceitos constitucionais e violam a autonomia estadual e municipal, impondo um conjunto de regras de cunho centralizador. Ao criar as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite como estruturas paralelas, o governo delimita a participação popular. A medida em que os atores e movimentos sociais colocam a saúde e o acesso aos serviços como um direito da cidadania, emergem demandas sociais para discutir a assistência em saúde.

Segundo Santos & Ballone, citados por Gawryszewski (1993), a autonomia consiste na faculdade de criar regras de direito próprias, adaptadas à realidade regional, de acordo com as peculiaridades de cada município brasileiro.

Ao analisar-se a autonomia dentro da própria esfera municipal, alguns autores questionam seu absolutismo. Por serem os municípios compostos por subsistemas, sua autonomia depende da sua própria lógica interna, no que diz respeito aos seus componentes (atores sociais, instituições) e, ao mesmo tempo, da interação com os outros subsistemas, particularmente com o campo do poder (Rinaldi, 1997).

Assim, ao realizar-se uma avaliação é necessário contextualizar e descrever de que forma as redes de relações que constituem o município interferem no setor saúde e como se dá às relações entre os vários componentes intra e inter institucional. No que diz respeito à avaliação da descentralização sob a ótica da autonomia é preciso levar em

consideração as inter-relações dos segmentos político, financeiro, administrativo/gerencial e técnico.

Assim, percebe-se que a descentralização da gestão da saúde, instituída através do processo de municipalização, não se baseia apenas na transferência legal e material dos serviços de saúde ao município, e nem na transferência de recursos financeiros. Descentralizar é a efetiva capacidade de buscar solução aos problemas da comunidade.

O movimento que vem sendo realizado rumo a descentralização da gestão, ações e serviços de saúde, passa por um processo de amadurecimento das políticas públicas de saúde dos municípios. A tese de que a autonomia é o espelho da descentralização, só será confirmada quando houver a real distribuição do poder, promovendo a difusão de novas concepções acerca da organização e do planejamento do setor de saúde de nosso país.

BIBLIOGRAFIA

AGUIAR, DS, 1998. *A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde: Um Novo Paradigma?*. Tese de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

ANDRADE, VLG, 1996. *Evolução da Hanseníase no Brasil e Perspectivas para sua Eliminação como um Problema de Saúde Pública*. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

ANDRADE, VLG.; VIRMOND, M.; GIL SUÁREZ, R.; MOREIRA, T.M.; PEREIRA, G. F. M.; SOUZA, A.C., 1999. New Approach to Accelerate the Elimination of Leprosy. IN: *Hanseníase Internationalis*, 24(1): 49-54.

ANDRADE, VLG; VIRMOND, M, 2000a. *Relatório de Atividades GT/Hansen/CONASEMS*. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília. 39 pp. (Mimeo).

ANDRADE, VLG, 2000b. *Report to SEARO/WHO: ICP CEE 601, Leprosy Elimination – SEARO*, International Consultancy to Evaluate of India NLEP. New Delhi. 13 pp. (Mimeo)

ANDRADE, VLG; SABROZA, PC; PEREIRA, GFM, 2000c. O Sistema de Informação em Hanseníase no Brasil, 22pp. (Mimeo)

ANDRADE, V & PELLEGRINI, B, 2001. *O que mudou na Hanseníase com a NOAS*. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e GT/HANSEN/ CONASEMS, 80p.

ARRUDA, DM & MANDELLI, MJ, 1993. *Autonomia Administrativa em Saúde: Subsídios para discussão*. Série: Estudos em Saúde Coletiva, n 058, Instituto de Medicina Social – Universidade do estado do Rio de Janeiro, 40p.

BEAGLEHOLE, R., BONITA, R., KJELLSTROM, T., 1993. *Basic Epidemiology*. WHO Library Cataloguing in Publication Data. Geneva. 167 p.

BEZERRA, MCC & FERNANDES, RCMMA, 2000. Raízes Históricas e Fatores Determinantes das Desigualdades Sociais no Brasil. IN: *Redução das Desigualdades Sociais*. Ministério do Meio Ambiente - Consórcio Parceria 21, Brasília, p. 72-95.

BRASIL, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Editora Revista dos Tribunais, São Paulo.

BRASIL, 1990. *Lei Orgânica da Saúde n 8080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 22 pp. (Mímeo). Internet: <http://www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm>

BRASIL, 1996. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS (NOB 01/96)*, de 6 de novembro de 1996, Departamento de Imprensa Nacional/Diário Oficial da União, Brasília.

BRASIL, 1997. *Portaria n° GM/1882 de 18 de dezembro de 1997*. Departamento de Imprensa Oficial/Diário Oficial da União, Brasília.

BRASIL, 1999. *Portaria n° 1399/GM de 15 de dezembro de 1999*. Departamento de Imprensa Nacional/Diário Oficial da União/ Ministério da Saúde. Internet: http://www.saude.gov.br/doc/portaria_1399.htm

BRASIL, 2001. *Portaria n° 95 de 26 de janeiro de 2001 – Norma Operacional Básica de Saúde – NOAS-SUS 01/2001*, Departamento de Imprensa Nacional/Diário Oficial da União/Ministério da Saúde.

CAMPOS, FE, 1988. *Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

CAMPOS, GWS, 1991. Subordinação da saúde pública à dinâmica da acumulação capitalista, ou breve história do “Ocaso” da saúde pública. IN: *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec. pp.37-54.

CARVALHO, AI, 1995. *Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social*. FASE/IBAM, Rio de Janeiro, 136p.

CARVALHO, GI & SANTOS, L, 1995. *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde*. HUCITEC, 2ª Edição, atualizada e ampliada, São Paulo, 376p.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 1999. *Framework for program evaluation in public health*. MMWR, 48(RR11): 40pp.

CHEN, HT, 1990. *Theory-driven evaluations*. London: Sage Publications.

CONTANDRIOPOULOS, AP; CHAMPAGNE, F; DENIS, JR & INEALUT, R, 1997. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: HARTZ, ZMA (org.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. pp. 29-47.

COTTA, RM; MENDES, FF; MUNIZ, JN, 1998. *Descentralização das Políticas Públicas de Saúde: “do imaginário ao real”*. Universidade Federal de Viçosa, 148p.

DAL POZ et al, 1994. Relatório Final do Seminário: *A Qualidade dos Serviços de Saúde e os Espaços de Controle Social*. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Pp.22-32.

DHARMENDRA, 1986. Eradication of leprosy through mass awareness, health education and control participation – a mass plan. IN: *Indian Journal of Leprosy*. 58:175-184.

DENIS, JL; CHAMPAGNE, F, 1997. Análise da implantação. IN: HARTZ, ZM (org.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Pp.49-88.

DONABEDIAN, A, 1984. Enfoques básicos para la evaluación. IN: *La calidad de la Atención Médica: Definición e Métodos de Evaluación*. La prensa Médica Mexicana, cap.3, pp.97-157.

FRENK, J, 1985. El concepto y la medición de accesibilidad. IN: *Investigaciones sobre Servicios de Salud*. Salud Pública de México. 27(5), pp: 438-453.

GAWRYSSWSKI, V, 1991. A Integração possível entre o processo de descentralização, a autonomia dos serviços e a participação popular: Relato de Experiência. IN: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 7(1), jan/mar. pp.17-25.

GAWRYSSWSKI, V, 1993. Reorganização dos Serviços de Saúde: Algumas considerações acerca da Relação entre a Descentralização, Autonomia Local e Participação do Cidadão. IN: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 9(2), abr/jun. pp.210-215.

GOLDBAUM, M, 1996. Epidemiologia e Serviços de Saúde. IN: *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.12, Suplemento 2, pp. 95-98.

HARTZ, ZMA; CONTANDRIOPOULOS, AP; CHAMPAGNE, F; LEAL, MC, 1997. Avaliação do programa materno infantil: análise da implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. IN: *HARTZ, ZMA (org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Pp.89-125.

HARTZ, ZMA, 1999a. Institutionalizing the evaluation of health program and policies in France: cuisine internationale over fast food and sure measure over ready-made. IN: *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), pp. 229-259.

HARTZ, ZMA, 1999b. Avaliação dos programas de Saúde: perspectivas teórico metodológicas e político-institucionais. IN: *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2):341-353.

HORTALE, VA, 1996. *Descentralização, Autonomia Gerencial e Participação: Alternativas à Crise ou Transição para um Sistema Diverso*. Tese de Dissertação de Doutorado. FIOCRUZ, ENSP.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio/), 1999, *Indicadores e Dados Básicos –Brasil*, [http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).

JACOBI, PR, 1991. Descentralização Municipal e participação do cidadão: apontamentos para o debate. IN: *Lua Nova*, nº 2, p.121-43.

KLAINBAUN, KM, 1982. Types of Epidemiologic Research. IN: *Epidemiologic Research – Principles and quantitative Methods*. Lifetime Learning Publications, New York. Pp.41-49.

KLOETZEL, K, et al, 1998. Controle de qualidade em atenção primária à saúde I – A satisfação do usuário. IN: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 14(3), jul/set. pp.623-628.

LAST, JM, 1983. *A Dictionary of Epidemiology*. International Epidemiology Association/World Health Organization handbooks. 114p.

LEBOW, J., 1964. Consumer of the quality of Medical Assessments. IN: *Medical Care*, 12(4) pp.328-37.

LESSA, ZL, 1986. *Hanseníase e Educação em Saúde: o confronto entre o conhecimento científico, empório e teológico*. Tese de Mestrado em Saúde Pública, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo.

MACHADO MH et al, 1995. *Profissões em saúde: uma abordagem sociológica*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 226p.

MALIK, AM, 1996. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. IN: *Cadernos FUNDAP*, jan/abr/1996, pp.7-24.

MELLO, DL 1991. Descentralização, Papel dos Governos Locais no Processo de Desenvolvimento Nacional e Recursos Financeiros Necessários para que os Governos Locais possam cumprir seu Papel. IN: *Revista de Administração Pública*. 25(4), pp.199-217.

MENDES, EV, 1994. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a Conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do Projeto Neoliberal. IN: *Distrito Sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. (Mendes, E.V., org.). São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO. São Paulo- Rio de Janeiro, cap.1, pp.11-92.

MENDES, EV, 1996. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. IN: *Uma agenda para a saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec ABRASCO, pp. 57-98.

MILLS, A, 1990. Conceptos y problemas de la descentralización: examen general IN: *Descentralización de los sistemas de salud - Conceptos, aspectos y experiencias nacionales*. Editado por Anne Mills et al. Organización Mundial de la Salud, Ginebra p.11-46.

MMA (Ministério do Meio Ambiente), 2000. *Redução das Desigualdades Sociais*. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis – Consórcio Parceira 21, Brasília, 180p.

MOTTA, PR, 1994. Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras. IN: *Revista de Administração Pública*, vol.28 n° 3 ISSN 0034-7612, jul/set. Pp.175-94.

MS (Ministério da Saúde/ Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde/Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde), 1983. *Manual para Posto de Saúde*. Centro de documentação do Ministério da Saúde, Brasília. 200pp.

MS (Ministério da Saúde/ Secretaria Nacional de Programas Especiais/Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária),1986. *Relatório dos Encontros Macro-Regionais de Hanseníase – Avaliação de Desempenho*. Brasília. 65pp. (Mímeo)

MS (Ministério da Saúde), 1987. *Situação da Hanseníase no Brasil (Informe elaborado para a oficina de trabalho sobre quimioterapia da hanseníase nas Américas)*. Brasília: Secretaria Nacional de Programas Especiais/Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, 60p. (Mímeo).

MS (Ministério da Saúde), 1988. *Situação da Hanseníase no Brasil*. Brasília. Secretaria Nacional de Programas Especiais/Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. (Mimeo).

MS (Ministério da Saúde), 1990. *Plano de Emergência Nacional Consolidado: 1991-1994*. Fundação Nacional de Saúde/ Centro Nacional de epidemiologia. Gerência Técnica Nacional de Dermatologia Sanitária. Brasília. 76pp. (Mimeo).

MS (Ministério da Saúde), 1993. *O impacto da implementação da poliquimioterapia no Controle da Hanseníase no Brasil - 1986-1992*. Fundação Nacional de Saúde/Dermatologia Sanitária, Brasília. 35p. (Mimeo).

MS (Ministério da Saúde), 1993. *Programa de Saúde da Família*. Fundação Nacional de Saúde, Brasília.

MS (Ministério da Saúde), 1996. *Relatório de Dermatologia Sanitária - Brasil - 1996*, Fundação Nacional de Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia/ Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária), Brasília. 25p. (Mimeo)

MS (Ministério da Saúde), 1997. *Saúde da Família: Uma estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial*. Ministério da Saúde, Brasília.

MS (Ministério da Saúde), 1998. *Guia Brasileiro de Vigilância Epidemiológica*, 4ª Edição, Fundação Nacional de Saúde, Brasília, 282p.

MS (Ministério da Saúde), 1999. *Manual para a Organização da Atenção Básica*, 3ª Edição, Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, 40p.

MS (Ministério da Saúde), 2000. *Legislação sobre o controle da Hanseníase no Brasil*, Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica/ Área Técnica de Dermatologia Sanitária. 1 ed., Brasília, 48p.

MS (Ministério da Saúde), 2001a. *Plano de Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose em Municípios Prioritários na Atenção Básica*. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 24p. (Mimeo)

MS (Ministério da Saúde), 2001b. *Hansen`s Disease in Brazil*. Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília. 11p. (Mímeo).

MS (Ministério da Saúde), 2001c. *Guia para utilização de Medicamentos e Imunobiológicos na Área de Hanseníase*. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 78p.

MINTZBERG, H, 1995. *Criando Organizações Eficazes: estrutura em cinco configurações*. Tradução Ciro Bernardes, Ed. Atlas, São Paulo. 304p.

MORGAN, 1996. A Mecanização assume o comando: as organizações vistas como máquinas. IN: *Imagens da Organização*. Editora Atlas, São Paulo. pp.21-36.

NCR (National Council Of la Raza), 1993. *Understanding Evaluation Techniques: The Building Blocks of Evaluation*. National Council of La Raza. Washington DC.

NORONHA, JC & LEVCOVITZ, E, 1994. AIS - SUDS - SUS Os caminhos de direito a saúde. IN: *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. (Guimarães, R. & Tavares, R. org.). Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS/UERJ, pp. 73-111.

OLIVEIRA, CG, 1992. *Análise do Conceito de Satisfação do Usuário na Obra de Donabedian*. UERJ/IMS, Rio de Janeiro, 36p.

OMS (Organização Mundial da Saúde), 1995. *Um Guia para Eliminar a Hanseníase como Problema de Saúde Pública*. Geneva: WHO/LEP/95.1, 61p.

OMS (Organização Mundial da Saúde), 1996. *Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública: Uma Perspectiva Global*. Brasília: Conferência OPAS/OMS sobre a Eliminação da Hanseníase das Américas. (Mímeo)

OMS (Organização Mundial da Saúde), 2000. *Guia para a Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública 1ª Edição*, Geneva, 38p.

OPAS (Organização Panamericana da Saúde), 1999. *Descentralizacion de los sistemas de salud: conceptos, aspectos y experiencias nacionales*. Organizacion Mundial de la Salud, Ginebra. 162p.

PATTON, MQ, 1990. Qualitative Evaluation and Interpretation. . IN: *Qualitative Evaluation and Resarch Methods*. (2end ed.) Sage Publications. London.

PEDROSA, JIS, 1997. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. IN: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13(4), out/dez, pp.741-748,

PINAULT, R. e Daveluy, C. 1988. La evaluación. IN: *La Planificacion Sanitaria: conceptos, Metodos, Estrategias*. Masson, S/A, Espana. pp.327-370.

RATTNER, D, 1996. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. IN: *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.12, Suplemento 2, pp.21-32.

REYNOLDS, AJ, 1998. Confirmatory Program Evaluation: a Method for Strengthening Causal Inference. IN: *American Journal of Evaluation*, 19(2):203-221.

RIBEIRO, JM & SCHRAIBER, LB., 1994. A autonomia e o Trabalho em Medicina. IN: *Cadernos de Saúde Pública*, Vol 10 (2), abril/junho, 190-99.

RINALDI, LB et al, 1997. *Qual a autonomia municipal na gestão de saúde?* DaCasa Editora, Porto Alegre, 88pp.

ROSSI, PH & FREEMAN, HE, 1982. *Evaluation: a systematic approach*. (2ª ed.) London: Sage.

SANDERS, J, 1996. Cluster Evaluation IN: *Evaluation for the 21st Century - A handbook*. Sage Publications, New Delhi. pp. 396-403.

SABROZA, PC; SANTOS, EM; ANDRADE,V; HARTZ, Z., 2000. Linhas de Pesquisas operacionais na área de hanseníase no âmbito da vigilância em saúde – uma proposta. IN: *Hansenologia Internationalis*, vol. 25 (2), jul-dez 2000, Bauru, pp.143-146.

SANTOS, GICL, 1995. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)*. 2ª Edição, Ed. Hicitec, 394p.

SCRIVEN, MS, 1967. The methodology of evaluation. IN: *Curriculum Evaluation*, R E Stake Ed., Chicago: Rand McNally.

SERAPIONI, M, 2000. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. IN: *Ciência & Saúde Coletiva*, ABRASCO, vol.5, n°1, pp.187-92.

SESSIONS, G, 2001. Avaliação em HIV/AIDS: Uma Perspectiva Internacional. IN: *Fundamentos da Avaliação n°2*, Coleção ABIA, Rio de Janeiro, 35p.

SES RJ, 1998. *Relatório das Atividades desenvolvidas em 1998*. Superintendência de Saúde Coletiva/Assessoria Técnica do Programa de Dermatologia Sanitária, Rio de Janeiro, 12p (Mímeo).

SES RJ (Secretaria Estadual de Saúde), 1999. *Formulário de Avaliação Anual – Ministério da Saúde*, Superintendência de Saúde Coletiva/Assessoria Técnica do Programa de Dermatologia Sanitária, Rio de Janeiro, 17p. (Mímeo).

SES RJ (Secretaria Estadual de Saúde), 2001. *Plano de Aceleração de Eliminação da Hanseníase do estado do Rio de Janeiro*. Superintendência de Saúde Coletiva/Assessoria Técnica do Programa de Dermatologia Sanitária, Rio de Janeiro. 28p. (Mímeo).

SES RJ (Secretaria Estadual de Saúde), 2001. *Relatório das Atividades de Hanseníase desenvolvidas no período 1998- 2000*. Superintendência de Saúde Coletiva/Assessoria Técnica do Programa de Dermatologia Sanitária, Rio de Janeiro. 12p. (Mímeo)

SOUZA, AI, 1996. *A satisfação da População com os Serviços Locais de Saúde – Município de Itacarambi, MG*. Tese de Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

TEIXEIRA, CF; PAIM, JS; VILASBOAS,AL, 1998. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. IN: *IESUS*, VII(2) abr/jun, Bahia, pp.7-28.

TRAD, LAB & BASTOS,ACS, 1998. O Impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família(PSF): uma proposta de avaliação. IN: *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2), pp. 429-435.

TRAVASSOS, c, 1997. Equidade e o Sistema Único de Saúde: Uma contribuição para o debate. IN: *Cadernos de Saúde Pública*, 2(13) pp.325-330.

TRAVASSOS,C; VIACAVAL, F; FERNANDES,C; AMEIDA,CM, 2000. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. IN: *Ciência & Saúde Coletiva*, ABRASCO, vol. 5 nº 1,ISSN1413-8123, Rio de Janeiro, pp.133-149.

VALLA, VV, 1996. *Educação popular, saúde, comunitária e apoio social num conjuntura de globalização*. Rio de Janeiro, 15 p. (Mimeo).

VELLOZO,VRO & SOUZA, RG, 1993. Acesso e Hierarquização: um caminho (re)construído. IN: *Serviços Locais de Saúde: Construção de Atores e Políticas*. (org. Regina Bodstein). Relume-Dumará, Rio de Janeiro, pp.97-116.

WANDERLEY, LE, 1993. Formas de Controle Social: Alcance e Limites. IN: *Saúde e Revisão Constitucional: Controle social e Formas de Organização do SUS*. Organização Panamericana da Saúde. Série Direito e saúde n.2.

WARE, JR; JOHN,E, 1978. Effects of acquiescent Response set on Patient Satisfaction Ratings. IN: *Medical Care*, 16(4), pp. 327-36.

WEISS, IG, 1988. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. IN: *Medical Care*, 26 pp. 383-92.

WHO (World Health Organization), 1982. *Chemotherapy of Leprosy for Control Programmes*. WHO, Study Group. Technical Report Series, 675. Geneve.

WHO (World Health Organization), 1991. *Resolution WHA 44.9*. Geneva.

WHO (World Health Organization), 1996. *Action Programme for the Elimination of Leprosy - Status Report 1996*. Geneve

WHO (World Health Organization), 2001a. A Global Alliance for Leprosy Elimination. Strategic Plan 2000-2005. Geneve.Draft 20p.

WHO (World Health Organization), 2001b. Status Report of Leprosy. Geneva. Draft 62p.

WORTHEN, B. et al, 1997. Evaluation's Basic Purpose, uses, and conceptual distinctions. IN: *Program Evaluation - Alternatives Approaches and Practical Guidelines*. Second Edition, Logman, Inc. New York pp. 3-34.

YIN, RK, 1993. Case study designs for evaluating high-risk youth programs: the program dictates the design. IN: *Applications of Case Study Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications, pp.77-93.

YIN, R.K.,1994. *Case Study Research: Designs and Methods*. 2nd. Ed., 153p.

ANEXOS

ANEXOS

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ENDEMIAS SAMUEL PESSOA
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PROJETO DE DISSERTAÇÃO DE DOUTORADO**

ANEXO 1

MUNICÍPIO: _____ . DATA: ____/____/____.

1.2. AUTONOMIA POLÍTICA

NÍVEL MUNICIPAL

1.3. ENTREVISTA COM O PRESIDENTE OU REPRESENTANTE LEGAL DO CMS

NOME DO ENTREVISTADO: _____

CARGO: _____

- | | | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|----------------|--------------------------|
| 1.1. Existência do Conselho Municipal de Saúde (CMS) | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação | <input type="checkbox"/> |
| 1.4. A composição do CMS obedece a regulamentação da LOS 8142/90? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação | <input type="checkbox"/> |
| 1.5. O CMS define as prioridades e metas segundo características epidemiológicas e operacionais, após conhecimento de problemas de saúde? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação | <input type="checkbox"/> |
| 1.6. A hanseníase está incluída no conjunto de prioridades do Plano Municipal de Saúde | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação | <input type="checkbox"/> |
| 1.7. O CMS se envolve na implantação, das ações programáticas de eliminação da hanseníase? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação | <input type="checkbox"/> |
| 1.8. O CMS monitora a descentralização das ações programáticas de eliminação da hanseníase? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação | <input type="checkbox"/> |
| 1.9. O CMS avalia a descentralização das ações programáticas de eliminação da hanseníase ? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação | <input type="checkbox"/> |
| 1.10. Existe no município uma legislação ou normas local que favoreçam os deficientes físicos? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação | <input type="checkbox"/> |
| 1.11. O município possui a legislação para controlar e eliminar a hanseníase? Onde está localizada? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | | | |
| 1.12. Há o envolvimento de ONG no trabalho com Hanseníase à nível municipal? Quais? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação | <input type="checkbox"/> |
- _____

2. OBSERVAÇÃO DE ATA DE REUNIÃO DO CMS

NÚMERO DE ATAS OBSERVADAS: _____

2.1. Número de reuniões realizadas no ano 2000: _____

2.2 Ata da Reunião realizada em: ____/____/____.

◆ Local da Reunião: _____

◆ Membros presentes na reunião: _____

◆ Conteúdo da ata: _____

2.3 Ata da Reunião realizada em: ____/____/____.

◆ Local da Reunião: _____

◆ Membros presentes na reunião: _____

◆ Conteúdo da ata: _____

2.4. Ata da Reunião realizada em: ____/____/____.

◆ Local da Reunião: _____

◆ Membros presentes na reunião: _____

◆ Conteúdo da ata: _____

2.2. Ata da Reunião realizada em: ____/____/____.

◆ Local da Reunião: _____

◆ Membros presentes na reunião: _____

◆ Conteúdo da ata: _____

2.6 Ata da Reunião realizada em: ____/____/____.

◆ Local da Reunião: _____

◆ Membros presentes na reunião: _____

◆ Conteúdo da ata: _____

2.7 Ata da Reunião realizada em: ____/____/____.

◆ Local da Reunião: _____

◆ Membros presentes na reunião: _____

◆ Conteúdo da ata: _____

2.8 Ata da Reunião realizada em: ____/____/____.

◆ Local da Reunião: _____

◆ Membros presentes na reunião: _____

◆ Conteúdo da ata: _____

2.9 Ata da Reunião realizada em: ____/____/____.

◆ Local da Reunião: _____

◆ Membros presentes na reunião: _____

◆ Conteúdo da ata: _____

2.3. Ata da Reunião realizada em: ____/____/____.

◆ Local da Reunião: _____

◆ Membros presentes na reunião: _____

◆ Conteúdo da ata: _____

2.11. Ata da Reunião realizada em: ____/____/____.

◆ Local da Reunião: _____

◆ Membros presentes na reunião: _____

◆ Conteúdo da ata: _____

2.12. Ata da Reunião realizada em: ____/____/____.

◆ Local da Reunião: _____

◆ Membros presentes na reunião: _____

◆ Conteúdo da ata: _____

2.13. Ata da Reunião realizada em: ____/____/____.

◆ Local da Reunião: _____

◆ Membros presentes na reunião: _____

◆ Conteúdo da ata: _____

2.14. Ata da Reunião realizada em: ____/____/____.

◆ Local da Reunião: _____

◆ Membros presentes na reunião: _____

◆ Conteúdo da ata: _____

2.15 Ata da Reunião realizada em: ____/____/____.

◆ Local da Reunião: _____

◆ Membros presentes na reunião: _____

◆ Conteúdo da ata: _____

2.16 Ata da Reunião realizada em: ____/____/____.

◆ Local da Reunião: _____

◆ Membros presentes na reunião: _____

◆ Conteúdo da ata: _____

2.17. O CMS discute a Portaria 1073/GM _____

2.18. As ações Programáticas de Hanseníase implementadas pelo município:

- Detecção de Casos (em todas as unidades básicas de saúde com profissional médico):

 - Tratamento PQT: _____

 - Prevenção de Incapacidades: _____
-
- Vigilância Epidemiológica: _____

 - Educação em Saúde: _____

 - Descentralização da Assistência: _____

2.19. Relatos de acompanhamento da descentralização das ações programáticas estão presentes na Ata. Quais: _____

2.20. Inserção da Hanseníase no Plano Municipal de Saúde com diretrizes e metas definidas pelo CMS: _____

2.22. Aprovação pelo CMS da descentralização das ações programáticas nas unidades de saúde do município: _____

2.24. Aprovação de uma política para o atendimento dos portadores de deficiências físicas: _____

2.25. Acompanhamento de uma política para o atendimento dos portadores de deficiências físicas: _____

2.26. Avaliação de uma política para o atendimento dos portadores de deficiências físicas: _____

NÍVEL LOCAL - ENTREVISTA COM OS GERENTES LOCAIS

MODALIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE: _____

DATA: ___/___/___.

NOME DO ENTREVISTADO: _____

CARGO: _____

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
| 2.1. Existe um Plano de Ação desta Modalidade de Saúde? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.4. A Modalidade de Saúde define as prioridades e metas segundo características epidemiológicas e operacionais, após conhecimento de problemas de saúde de sua localidade? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.5. A hanseníase está incluída no conjunto de prioridades do Plano de Ação desta Modalidade de Saúde? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.6. A Modalidade de Saúde se envolve na implantação, das ações programáticas de eliminação da hanseníase? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.7. A Modalidade de Saúde possui indicadores de monitoramento das atividades de hanseníase desenvolvidas na U.S.? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |

MODALIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE:

DATA: ___/___/___.

NOME DO ENTREVISTADO: _____

CARGO: _____

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
| 2.1. Existe um Plano de Ação desta Modalidade de Saúde? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.2. A Modalidade de Saúde define as prioridades e metas segundo características epidemiológicas e operacionais, após conhecimento de problemas de saúde de sua localidade? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.3. A hanseníase está incluída no conjunto de prioridades do Plano de Ação desta Modalidade de Saúde? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.4. A Modalidade de Saúde se envolve na implantação, das ações programáticas de eliminação da hanseníase? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.8. A Modalidade de Saúde possui indicadores de Monitoramento das atividades de Hanseníase desenvolvidas na U.S.? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |

MODALIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE: _____

DATA: ___/___/___.

NOME DO ENTREVISTADO: _____

CARGO: _____

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
| 2.1. Existe um Plano de Ação desta Modalidade de Saúde? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.2. A Modalidade de Saúde define as prioridades e metas segundo características epidemiológicas e operacionais, após conhecimento de problemas de saúde de sua localidade? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.3. A hanseníase está incluída no conjunto de prioridades do Plano de Ação desta Modalidade de Saúde? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.4. A Modalidade de Saúde se envolve na implantação, das ações programáticas de eliminação da hanseníase? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.9. A Modalidade de Saúde possui indicadores de Monitoramento das atividades de Hanseníase desenvolvidas na U.S.? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |

MODALIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE: _____

DATA: ___/___/___.

NOME DO ENTREVISTADO: _____

CARGO: _____

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
| 2.1. Existe um Plano de Ação desta Modalidade de Saúde? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.2. A Modalidade de Saúde define as prioridades e metas segundo características epidemiológicas e operacionais, após conhecimento de problemas de saúde de sua localidade? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.3. A hanseníase está incluída no conjunto de prioridades do Plano de Ação desta Modalidade de Saúde? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.4. A Modalidade de Saúde se envolve na implantação, das ações programáticas de eliminação da hanseníase? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |
| 2.10. A Modalidade de Saúde possui indicadores de Monitoramento das atividades de Hanseníase desenvolvidas na U.S.? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Sem informação <input type="checkbox"/> |

ANEXO 2

II - AUTONOMIA FINANCEIRA

NÍVEL MUNICIPAL

1. ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE OU COM O RESPONSÁVEL PELAS APLICAÇÕES FINANCEIRAS DO MUNICÍPIO

- | | | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|--|
| 1.1. Há recursos materiais suficientes para atender os portadores de hanseníase? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação
<input type="checkbox"/> |
| 1.2. O CMS garante o acesso universal da população aos serviços de saúde, independente das condições econômicas dos usuários? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação
<input type="checkbox"/> |
| 1.3. Há recursos humanos suficientes para assistir os portadores de hanseníase? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação
<input type="checkbox"/> |
| 1.4. Os recursos do PAB/SUS financiam o desenvolvimento das ações de aceleração da eliminação da hanseníase? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação
<input type="checkbox"/> |
| 1.5. Existe uma política de investimento de tributos municipais no atendimento aos portadores de hanseníase aprovada pelo CMS | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação
<input type="checkbox"/> |
| 1.6. Há garantia do direito ao acesso universal da população às ações programáticas de eliminação da hanseníase, na rede SUS de seu município? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação
<input type="checkbox"/> |
| 1.7. O município possui um política para atender os portadores de incapacidades físicas? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação
<input type="checkbox"/> |
| 1.8. Os portadores de hanseníase com deformidades físicas são assistidos nos Centros de Reabilitação Física e Profissional? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação
<input type="checkbox"/> |
| 1.9. A Secretaria Municipal de saúde disponibiliza para as unidades de saúde alguma verba de pronto pagamento? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sem informação
<input type="checkbox"/> |

2. OBSERVAÇÃO E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CONTIDAS NAS ATAS DE REUNIÃO DO CMS DE NOVA IGUAÇU

2.1. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.2. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.3. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.4. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.5. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.6. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.7. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.8. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.9. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.10. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.11. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.12. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.13. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.14. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.15. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.16. Reunião nº ____: ____/____/____.

Conteúdo da ata: _____

_____.

2.17. Participação do CMS na elaboração da proposta orçamentária para a saúde do município:

_____.

2.18. Acompanhamento pelo CMS da **aplicação** do fundo de saúde, transferidos pelo PAB/SUS parte fixa (assistência básica): _____

_____.

2.19. Acompanhamento pelo CMS da **movimentação financeira** do fundo de saúde,

transferidos pelo PAB/SUS parte fixa (assistência básica) e parte variável (PACS, PSF, Vigilância Sanitária e Combate a Carência Nutricional):

2.20. Acompanhamento pelo CMS da **execução financeira e orçamentária** do fundo de saúde, transferidos pelo PAB/SUS parte fixa (assistência básica): _____

2.21. Acompanhamento pelo CMS da **aplicação** do fundo de saúde, transferidos pelo PAB/SUS parte variável (PACS, PSF, Vigilância Sanitária e Combate a Carência Nutricional): _____

2.22. Acompanhamento pelo CMS da **movimentação financeira** do fundo de saúde, transferidos pelo PAB/SUS parte variável (PACS, PSF, Vigilância Sanitária e Combate a Carência Nutricional): _____

2.23. Acompanhamento pelo CMS da **execução financeira e orçamentária** do fundo de saúde, transferidos pelo PAB/SUS parte variável (PACS, PSF, Vigilância Sanitária e Combate a Carência Nutricional): _____

2.24. Aprovação pelo CMS de uma política de investimento de tributos municipais no atendimento aos portadores de hanseníase: _____

2.25. Garantia de acesso universal ao serviço de saúde pelo CMS, independente da acessibilidade econômica dos usuários: _____

2.26. Aplicação de recursos da saúde na assistência aos portadores de deficiência física, inclusive hanseníase pelo CMS: _____

NÍVEL LOCAL - ENTREVISTA COM O GERENTE LOCAL DE SAÚDE

MODALIDADE DE SAÚDE: _____

DATA: ___/___/___.

- 1.1. A Modalidade de Saúde possui recursos financeiro (pronto pagamento) que possam agilizar o desenvolvimento de atividades? Sim Não Sem informação
- 1.2. Há recursos materiais suficientes para atender os portadores de hanseníase? Sim Não Sem informação

MODALIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE: _____

DATA: ___/___/___.

- 1.1. A Modalidade de Saúde possui recursos financeiro (pronto pagamento) que possam agilizar o desenvolvimento de atividades? Sim Não Sem informação
- 1.2. Há recursos materiais suficientes para atender os portadores de hanseníase? Sim Não Sem informação

MODALIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE: _____

DATA: ___/___/___.

- 1.1. A Modalidade de Saúde possui recursos financeiro (pronto pagamento) que possam agilizar o desenvolvimento de atividades? Sim Não Sem informação
- 1.2. Há recursos materiais suficientes para atender os portadores de hanseníase? Sim Não Sem informação

MODALIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE: _____

DATA: ___/___/___.

- 1.1. A Modalidade de Saúde possui recursos financeiro (pronto pagamento) que possam agilizar o desenvolvimento de atividades? Sim Não Sem informação
- 1.2. Há recursos materiais suficientes para atender os portadores de hanseníase? Sim Não Sem informação

ANEXO 3

III - AUTONOMIA ADMINISTRATIVO/GERENCIAL

NIVEL MUNICIPAL

1. ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE OU COM O RESPONSÁVEL PELAS APLICAÇÕES FINANCEIRAS DO MUNICÍPIO

- 1.1. Existe uma política de acompanhamento e avaliação da qualidade e produtividade dos serviços de saúde do SUS prestados à população? Sim Não Sem informação
- 1.2. O CMS participa da definição de estratégias de organização dos serviços de saúde no município? Sim Não Sem informação
- 1.3. Existe estratégias de descentralização gerencial e administrativa das ações de saúde, inclusive hanseníase para os níveis regional e/ou local? Sim Não Sem informação
- 1.4. A comunidade participa na organização dos serviços básicos de saúde, de acordo com suas necessidades? Sim Não Sem informação
- 1.5. As unidades básicas de saúde do município possuem sustentabilidade administrativo/gerencial? Sim Não Sem informação

2. OBSERVAÇÃO E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CONTIDAS NAS ATAS DE REUNIÃO DO CMS DE NOVA IGUAÇU

2.1. Existência de rotinas para as modalidades de saúde, definidas pelo nível central da Secretária Municipal de Saúde: _____

_____.

2.2. Definição estratégias de organização dos serviços de saúde no município: _____

2.3. Definição de estratégias de descentralização gerencial e administrativa das ações de saúde, inclusive hanseníase para os níveis regional e/ou local? _____

NÍVEL LOCAL - ENTREVISTA COM O GERENTE LOCAL DE SAÚDE

MODALIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE: _____

DATA: ___/___/___.

- 1.1. A Modalidade de Saúde possui recursos humanos necessário para desenvolver as ações programáticas de saúde? Sim Não Sem informação
- 1.2. A Modalidade de Saúde garante recursos humanos para atender hanseníase? Sim Não Sem informação

1.3. A comunidade participa na organização da unidade de saúde, de acordo com suas necessidades ? Sim Não Sem informação

MODALIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE: _____

DATA: ___/___/___.

1.1. A Modalidade de Saúde possui recursos humanos necessário para desenvolver as ações programáticas de saúde? Sim Não Sem informação

1.2. A Modalidade de Saúde garante recursos humanos para atender hanseníase? Sim Não Sem informação

1.3. A comunidade participa na organização da unidade de saúde, de acordo com suas necessidades ? Sim Não Sem informação

MODALIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE: _____

DATA: ___/___/___.

1.1. A Modalidade de Saúde possui recursos humanos necessário para desenvolver as ações programáticas de saúde? Sim Não Sem informação

1.2. A Modalidade de Saúde garante recursos humanos para atender hanseníase? Sim Não Sem informação

1.3. A comunidade participa na organização da unidade de saúde, de acordo com suas necessidades ? Sim Não Sem informação

MODALIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE: _____

DATA: ___/___/___.

1.1. A Unidade de Saúde possui recursos humanos necessário para desenvolver as ações programáticas de saúde? Sim Não Sem informação

1.2. A Unidade de Saúde garante recursos humanos para atender hanseníase? Sim Não Sem informação

1.3. A comunidade participa na organização da unidade de saúde, de acordo com suas necessidades ? Sim Não Sem informação

ANEXO 4

IV. AUTONOMIA TÉCNICA

VISITA DE OBSERVAÇÃO ÀS QUATRO MODALIDADES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

MODALIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE:

1. Centro de Saúde (com médico especialista)
2. Unidade de Saúde (com médico generalista)
3. Unidade de Saúde (somente com enfermagem)
4. Unidade de Saúde da Família – PSF

DATA DA VISITA AS MODALIDADES DE SAÚDE

Modalidade 1: ___/___/___.

Modalidade 2: ___/___/___.

Modalidade 3: ___/___/___.

Modalidade 4: ___/___/___.

A. CONTROLE DE AGRAVOS

• DOENÇAS CRÔNICO DEGENERATIVAS

Diabetes	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Hipertensão	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Cardiopatias	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Câncer	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Dependentes Químicos	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Nenhum	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Outros:	Modalidade de saúde	1	2	3	4

Especificar: _____

• DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Hanseníase	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Tuberculose	Modalidade de saúde	1	2	3	4
DST/AIDS	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Imuno-preveníveis	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Outros:	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Nenhum	Modalidade de saúde	1	2	3	4

Especificar: _____

- ATENÇÃO BÁSICA

Clínica Geral	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Pediatria	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Ginecologia	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Nenhum	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Outros:	Modalidade de saúde	1	2	3	4

B. AÇÕES PROGRAMÁTICAS DE HANSENÍASE DESENVOLVIDAS NAS MODALIDADES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

a) Detecção de Casos

Modo de Detecção:	Demanda Espontânea	Modalidade de saúde	1	2	3	4
	Encaminhamento	Modalidade de saúde	1	2	3	4
	Exame de coletividade	Modalidade de saúde	1	2	3	4
	Inquérito Epidemiológico	Modalidade de saúde	1	2	3	4
	Exame de contato	Modalidade de saúde	1	2	3	4

Especificar: _____

Diagnóstico: <input type="checkbox"/> de caso	Modalidade de saúde	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> de suspeito	Modalidade de saúde	1	2	3	4

b) Tratamento

Supervisionado:

Ambulatorial	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Domiciliar	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Hospitalar	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Comunidade	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Empresa	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Outro	Modalidade de saúde	1	2	3	4
Nenhum	Modalidade de saúde	1	2	3	4

Especificar: _____

- Esquema de tratamento

- PQT/PB Adulto 06 cartelas Modalidade de saúde 1 2 3 4
- PQT/MB Adulto 12 cartelas Modalidade de saúde 1 2 3 4
- PQT/MB Adulto 24 cartelas Modalidade de saúde 1 2 3 4
- PQT/PB Infantil 06 cartelas Modalidade de saúde 1 2 3 4
- PQT/MB Infantil 12 cartelas Modalidade de saúde 1 2 3 4
- PQT/MB Infantil 24 cartelas Modalidade de saúde 1 2 3 4
- PQT/PB ROM 01 cartela Modalidade de saúde 1 2 3 4
- Outro:

C) Vigilância Epidemiológica

- Investigação epidemiológica (Exame contatos intradomiciliares) Modalidade de saúde 1 2 3 4
- Aplicação de BCG Intradérmico: 1º Dose Modalidade de saúde 1 2 3 4
- 2ª Dose Modalidade de saúde 1 2 3 4

d) Educação em Saúde

- Ao paciente:
 - Atendimento individual Modalidade de saúde 1 2 3 4
 - Sala de Espera Modalidade de saúde 1 2 3 4
- A família:
 - Atendimento individual Modalidade de saúde 1 2 3 4
 - Em grupo Modalidade de saúde 1 2 3 4
- A comunidade:
 - Palestras externas Modalidade de saúde 1 2 3 4
 - Outros Modalidade de saúde 1 2 3 4

e) Prevenção de Incapacidades

Avaliação do Grau de Incapacidade	<input type="checkbox"/> no momento do diagnóstico	Modalidade 1 2 3 4
	<input type="checkbox"/> no momento da alta por cura	Modalidade 1 2 3 4
Categoria profissional que avalia o GI	<input type="checkbox"/> no momento do diagnóstico:	
	Médico	Modalidade 1 2 3 4
	Enfermeiro	Modalidade 1 2 3 4
	Auxiliar de Enfermagem	Modalidade 1 2 3 4
	Fisioterapeuta	Modalidade 1 2 3 4
	Terapeuta Ocupacional	Modalidade 1 2 3 4
	<input type="checkbox"/> no momento da alta por cura	
	Médico	Modalidade 1 2 3 4
	Enfermeiro	Modalidade 1 2 3 4
	Auxiliar de Enfermagem	Modalidade 1 2 3 4
	Fisioterapeuta	Modalidade 1 2 3 4
	Terapeuta Ocupacional	Modalidade 1 2 3 4

Avaliação sensitivo motora	<input type="checkbox"/> no momento do diagnóstico <input type="checkbox"/> quando apresenta queixas <input type="checkbox"/> semestralmente <input type="checkbox"/> no momento da alta por cura <input type="checkbox"/> neurites e reações	Modalidade 1 2 3 4 Modalidade 1 2 3 4 Modalidade 1 2 3 4 Modalidade 1 2 3 4
Conduatas		
. Aplicação Técnicas Simples (com demonstração):	<input type="checkbox"/> Hidratação <input type="checkbox"/> Lubrificação <input type="checkbox"/> Massagem <input type="checkbox"/> Exercícios <input type="checkbox"/> Adaptação de instr. Trabalho <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Adaptação de Calçados <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Educação em Saúde	Modalidade 1 2 3 4 Modalidade 1 2 3 4
. Aplicação de Outras Técnicas	<input type="checkbox"/> Férulas <input type="checkbox"/> Calçados	Modalidade 1 2 3 4 Modalidade 1 2 3 4
. Encaminhamento ao Centro de Reabilitação Municipal	Referência Municipal e/ou	Modalidade 1 2 3 4

C. ATENDIMENTOS REALIZADOS NA ROTINA DAS MODALIDADES DE SAÚDE:

- a) Consulta clínica médica: Modalidade 1 2 3 4
- b) Consulta ginecológica Modalidade 1 2 3 4
- c) Pré natal Modalidade 1 2 3 4
- d) Odontologia: tratamento cárie Modalidade 1 2 3 4
- Extração Modalidade 1 2 3 4
- Tratamento canal Modalidade 1 2 3 4
- e) Consulta pediátrica Modalidade 1 2 3 4
- f) Enfermagem Modalidade 1 2 3 4
- g) Pré consulta Modalidade 1 2 3 4
- h) Atendimento de enfermagem Modalidade 1 2 3 4
- i) Vacinação Modalidade 1 2 3 4
- j) Curativo Modalidade 1 2 3 4
- l) Nebulização Modalidade 1 2 3 4
- m) Reuniões com a população Modalidade 1 2 3 4
- n) Outros Modalidade 1 2 3 4

ESPECIFICAR: _____

• **ÁREA FÍSICA**

a) Sala de Espera	Modalidade	1	2	3	4
b) Sala de Arquivo	Modalidade	1	2	3	4
c) Consultório : Geral	Modalidade	1	2	3	4
Odontológico	Modalidade	1	2	3	4
d) Sala de enfermagem (preparo/vacinação)	Modalidade	1	2	3	4
e) Sala de vacinação:	Modalidade	1	2	3	4
f) Curativo	Modalidade	1	2	3	4
g) Laboratório	Modalidade	1	2	3	4
h) Farmácia	Modalidade	1	2	3	4
i) Banheiro funcionários	Modalidade	1	2	3	4
j) Banheiro demanda	Modalidade	1	2	3	4
l) Outro: _____					

E. SISTEMA DE INFORMAÇÃO:

a) Arquivo Geral:

Tipos de arquivos existentes na unidade de saúde:

Prontuário: de caso	Modalidade	1	2	3	4
de família	Modalidade	1	2	3	4
Índice	Modalidade	1	2	3	4
Aprazamento	Modalidade	1	2	3	4
Livro Índice	Modalidade	1	2	3	4

Localização do arquivo de prontuário:

Centralizado (geral)	Modalidade	1	2	3	4
Descentralizado	Modalidade	1	2	3	4

Ordenação:

Númerica	Modalidade	1	2	3	4
Alfabética	Modalidade	1	2	3	4

b) Arquivo da Hanseníase (se descentralizado):

Tipos de arquivo:

Prontuário	Modalidade	1	2	3	4
Índice	Modalidade	1	2	3	4
Aprazamento	Modalidade	1	2	3	4
Livro Índice	Modalidade	1	2	3	4

Localização do arquivo de prontuário da hanseníase:

Centralizado (geral)	Modalidade	1	2	3	4
Descentralizado	Modalidade	1	2	3	4

Ordenação:

Numérica	Modalidade	1	2	3	4
Alfabética	Modalidade	1	2	3	4

F) COMPOSIÇÃO DO PRONTUÁRIO DA HANSENÍASE:

a) Ficha de anamnese e com evolução clínica:	Modalidade	1	2	3	4
b) Ficha de evolução clínica (acompanhamento):	Modalidade	1	2	3	4
c) Ficha de investigação epidemiológica (SINAN)	Modalidade	1	2	3	4
d) Exames laboratoriais	Modalidade	1	2	3	4
e) Ficha PQT	Modalidade	1	2	3	4
f) Ficha GI	Modalidade	1	2	3	4
H) Outro	Modalidade	1	2	3	4

G) GERENCIAMENTO:

• **ASPECTOS GERENCIAIS:**

a) Realização sistemática de reuniões com os profissionais da unidade de saúde:	Modalidade	1	2	3	4
b) Envolvimento da comunidade local na definição das prioridades do serviço	Modalidade	1	2	3	4
c) Unidade de saúde é supervisionada rotineiramente pelo município	Modalidade	1	2	3	4
d) Realização de campanhas educativas	Modalidade	1	2	3	4
e) Profissionais de saúde participam de treinamentos e reciclagens	Modalidade	1	2	3	4

H) ATENDIMENTO PRESTADO AOS PORTADORES DE HANSENÍASE

- Categorias profissionais responsáveis pelo atendimento dos casos de hanseníase:

Médico Modalidade 1 2 3 4

Enfermeiro Modalidade 1 2 3 4

Auxiliar de Enfermagem Modalidade 1 2 3 4

Agente comunitário de saúde Modalidade 1 2 3 4

e) Outro Modalidade 1 2 3 4

- Rotina de atendimento dos casos de hanseníase:

a) Horário:

Integral Modalidade 1 2 3 4

Parcial Modalidade 1 2 3 4

Turnos Modalidade 1 2 3 4

Dias definidos Modalidade 1 2 3 4

Domiciliar Modalidade 1 2 3 4

b) Condições para o atendimento domiciliar

Necessidade de tratamento domiciliar Modalidade 1 2 3 4

Outra patologia grave associada Modalidade 1 2 3 4

Trabalho formal Modalidade 1 2 3 4

Abandono de tratamento Modalidade 1 2 3 4

Outro: Modalidade 1 2 3 4
Especificar: _____

c) Realização do atendimento médico:

No diagnóstico Modalidade 1 2 3 4

Nas complicações Modalidade 1 2 3 4

Na alta cura Modalidade 1 2 3 4

Outra situação Modalidade 1 2 3 4

Especificar: _____

d) Periodicidade da consulta médica:

Mensal Modalidade 1 2 3 4

Trimestral Modalidade 1 2 3 4

Semestral Modalidade 1 2 3 4

Outro Modalidade 1 2 3 4

ANEXO 5

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ENDEMIAS SAMUEL PESSOA
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PROJETO DE DISSERTAÇÃO DE DOUTORADO

MUNICÍPIO: _____.

MODALIDADE DE SERVIÇO DE SAÚDE:

1. Centro de Saúde (com médico especialista)
2. Unidade de Saúde (com médico generalista)
3. Unidade de Saúde (somente com enfermagem)
4. Unidade de Saúde da Família – PSF

V. ENTREVISTA COM USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (SATISFAÇÃO)

NOME DO ENTREVISTADO: _____

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____.

DADOS PESSOAIS:

Idade no momento da entrevista: _____

Sexo: _____

Forma Clínica: _____

Classificação: _____

1. Por que o senhor procurou esta unidade de saúde? _____

_____.

2. Sempre que vem à esta unidade de saúde é atendido? _____

_____.

3. Quem o atende? _____

_____.

4. Seus problemas são prontamente resolvidos ou é encaminhado para outro local? _____

_____.

5. Conhece a doença da qual está tratando? _____

_____.

6. Como você chama a sua doença? _____

7. Tem recebido orientação sobre a doença a qual está tratando? _____

_____.

8. Que tipo de orientação recebe: Escrita ou verbal? _____

9. A medicação está sempre disponível quando vem ao serviço de saúde tomar a dose supervisionada? _____
_____.

10. Foi informado sobre o tempo de tratamento? _____ Quanto? _____.

11. Você trabalha? _____ É possível combinar o tratamento com o seu trabalho?

_____.

12. Você tem problemas para comparecer mensalmente para tomar a medicação? (Se o paciente não for regular, perguntar porque) _____

_____.

13. São oferecidas outras opções para a tomada da dose supervisionada, caso você não possa comparecer no horário de funcionamento da unidade de saúde? _____

_____.

14. Você tem observado melhora desde que começou o tratamento? _____

_____.

14. Já apresentou algum tipo de problema durante o período de tratamento? _____
_____.

15. Este problema foi resolvido ou foi necessário ir para outro local? _____

_____.

16. Você gostaria de fazer alguma consideração e sugestão? _____

_____.

VI. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE HANSENÍASE NA U.S.:

Modalidade de Saúde _____:

Número de Pacientes em Registro Ativo em dez/2000

	MB		PB	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
0-14 anos				
15 anos +				
TOTAL				

Número de casos novos diagnosticados no ano 2000

	MB		PB	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
0-14 anos				
15 anos +				
TOTAL				

Modalidade de Saúde _____:

Número de Pacientes em Registro Ativo em dez/2000

	MB		PB	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
0-14 anos				
15 anos +				
TOTAL				

Número de casos novos diagnosticados no ano 2000

	MB		PB	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
0-14 anos				
15 anos +				
TOTAL				

Modalidade de Saúde _____:

Número de Pacientes em Registro Ativo em dez/2000

	MB		PB	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
0-14 anos				
15 anos +				
TOTAL				

Número de casos novos diagnosticados no ano 2000

	MB		PB	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
0-14 anos				
15 anos +				
TOTAL				

Modalidade de Saúde _____:

Número de Pacientes em Registro Ativo em dez/2000

	MB		PB	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
0-14 anos				
15 anos +				
TOTAL				

Número de casos novos diagnosticados no ano 2000

	MB		PB	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
0-14 anos				
15 anos +				
TOTAL				