

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA – UNIARA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO AMBIENTE**

**ANÁLISE COMPARATIVA DAS EFICÁCIAS E DOS ENTRAVES DO
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE (PNCD) NOS
MUNICÍPIOS DE CATANDUVA/SP E PINDORAMA/SP**

Rogério Keidel Spada

Araraquara, SP

2015

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA – UNIARA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO AMBIENTE

ROGÉRIO KEIDEL SPADA

**ANÁLISE COMPARATIVA DAS EFICÁCIAS E DOS ENTRAVES DO
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE (PNCD) NOS
MUNICÍPIOS DE CATANDUVA/SP E PINDORAMA/SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, curso de Mestrado, do Centro Universitário de Araraquara (UNIARA) como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente.

Área de concentração: Dinâmica Regional e Alternativas de Sustentabilidade; Políticas públicas e desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Manoel de Moraes Camargo Almeida.

Araraquara, SP
2015

S722

Spada, Rogério Keidel

Avaliação do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) nos municípios de Catanduva/SP e Pindorama/SP: uma análise comparativa das eficácias e dos entraves / Rogério Keidel Spada – Araraquara: Centro Universitário de Araraquara, 2015.

105f.


Dissertação (Mestrado) - Centro Universitário de Araraquara Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente

Área de Concentração: Dinâmica Regional e Alternativas de Sustentabilidade

Orientador: Prof. Dr. Luiz Manoel de Moraes Camargo Almeida

1. Programa Nacional de Combate à dengue. 2. Dengue. 3. Políticas Públicas. 4. Gestão Pública

CDU 504.03

 Centro Universitário de Araraquara
Rua Voluntários da Pátria, 1309 - Centro - Araraquara - SP
CEP 14801-320 - Caixa Postal 68 - Fone/Fax: (16) 3301-7100 www.uniara.com.br

FOLHA DE APROVAÇÃO


NOME DO ALUNO: *Rogério Keidel Spada*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, curso de Mestrado, do Centro Universitário de Araraquara – UNIARA – como parte dos requisitos para obtenção do título de “Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente.
Área de Concentração: Dinâmica Regional e Alternativas de Sustentabilidade.


BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Luiz M. M. C. Almeida
UNIARA - Araraquara



Prof. Dr. Alberto Luciano Carmassi
UFSCAR – Lagoa do Sino



Profa. Dra. Janaina Florinda Ferri Cintrão
UNIARA - Araraquara

Araraquara – SP, 11 de setembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, sem Ele com certeza nada seria possível.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho, aos meus colegas da DDS Industrial por contribuir com meu serviço nos momentos que precisei me ausentar para me dedicar a este trabalho, aos funcionários da Prefeitura Municipal de Catanduva e da Prefeitura Municipal de Pindorama, pela presteza e subsídio para que este trabalho se desenvolvesse.

Também não poderia deixar de externar minha gratidão à equipe da Uniara pelo apoio administrativo e acadêmico, em especial ao Professor Luiz Manoel, que soube me orientar e ensinar, não pelo ofício, mas pelo amor no que faz.

Dedico este trabalho à minha família por ser um exemplo, a meu filho por querer ser para ele um exemplo, e a Alessandra pelo carinho, amor e dedicação, sempre parceira na realização deste sonho.

RESUMO

A Dengue é uma doença antiga em nosso país, desde 1976 estratégias foram desenvolvidas para a diminuição e erradicação do número de casos. Inúmeras tentativas e programas foram elaborados, porém, devido a seu enfoque, os resultados foram insatisfatórios. Em 2002 foi criado o *Programa Nacional de Combate a Dengue* (PNCD) pelo Ministério da Saúde, que tinha como meta a redução de infestação do *Aedes aegypti*, a redução da incidência do número de casos de dengue e a redução da letalidade por febre hemorrágica. No Brasil, conforme Boletim Epidemiológico (Brasil, 2015b), foi registrado até abril de 2015 um total de 745.957 casos da doença, mostrando o perigo e a rapidez desta infestação em nosso país. O objetivo deste estudo foi o de fazer uma análise comparativa do PNCD em dois municípios com características diferentes, verificando a eficácia e os entraves na implantação desta política. A metodologia adotada baseou-se na identificação e descrição dos papéis dos atores na rede dos dois serviços por meio da elaboração de questionário próprio para a avaliação dos dez componentes do programa nacional dos quais foram criadas as variáveis analíticas para a comparação dos mesmos e identificação da eficácia e dos entraves de cada município. Os resultados demonstraram que nenhum dos municípios conhecia as normativas do PNCD, sendo que o seu desenvolvimento transcorria de acordo com as diretrizes operacionais exclusivamente, porém, dentro das análises verificamos que Pindorama/SP demonstra características de desempenho melhores que Catanduva/SP.

Palavras-chave: Dengue; Política Nacional de Combate a Dengue; Gestão; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Dengue is an old disease in Brazil. Since 1976, several strategies were prepared/developed to eradicate or decrease the number of cases of the disease. However, due to the focus of these plans, the results were not satisfactory. In 2002, the Brazilian health department created a “National Program Against Dengue” (PNCD) to reduce the *Aedes aegypti* mosquito population, decrease the occurrence of the disease and deaths by hemorrhagic fever. According to the epidemiological newsletter (Brazil, 2015b), 745.957 dengue occurrences were recorded until April 2015 in Brazil. The main objective of this study was to compare how the PNCD is being employed in two cities (Catanduva and Pindorama – SP – Brazil). This comparison was made by identifying and describing the agents in the service of both cities, preparing a form to evaluate ten elements of the PNCD, making up analytical variables to measure them, and identifying the problems and efficiency of the service in each city. The analysis of the results show that both cities did not know the PNCD standards and its development was given by operational case. However, we could conclude that Pindorama’s service has a better performance than Catanduva’s one.

Keywords: Dengue; Health care; Management, National Program Against Dengue.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADL	Avaliação de Densidade Larvária
CRS	Coordenadoria de Regiões de Saúde
CSII	Centro de Saúde II
CVE/SES-SP	Centro de Vigilância Epidemiológico da Secretaria Estadual da Saúde
CVS	Centro de Vigilância Sanitária
DEVISA	Departamento de Vigilância em Saúde
EMCAa	Equipe Municipal de Controle do <i>Aedes aegypti</i>
ESF	Equipes de Saúde da Família
FIN	Ficha Integrada de Notificação
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IAL	Instituto Adolfo Lutz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEC	Informação, Educação e Comunicação
LIRAA	Levantamento Rápido de Índice para <i>Aedes aegypti</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNCD	Política Nacional de Controle da Dengue
PS	Pronto Socorro
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Semana Epidemiológica
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SISAEDES	Sistema de Informação sobre o <i>Aedes aegypti</i>
SUCEN	Superintendência de Controle de Endemias
UBS	Unidades Básicas de Saúde
VISA	Vigilância Sanitária

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 1 – Ocorrência de casos de dengue <i>autóctone</i> e <i>importado</i> no município de Pindorama/SP, 2015.....	6
Gráfico 2 – Ocorrência de casos de dengue <i>autóctone</i> e <i>importado</i> no município de Catanduva/SP, 2015.....	8
Figura 1 – Organograma organizacional dos departamentos e setores vinculados à Secretaria Municipal de Pindorama/SP, 2015	29
Figura 2 – Relação entre os setores, departamentos e áreas da Rede de Saúde do município de Pindorama/SP, 2015.	36
Figura 3 – Estrutura organizacional do município de Catanduva/SP e rede de atores, 2015.....	40
Figura 4 – Localização e área de abrangência das Unidades de Saúde do município de Catanduva/SP, 2015.	44
Figura 5 – Relação entre os setores, departamentos e áreas da Rede de Saúde do município de Catanduva/SP, 2015	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição da incidência de dengue segundo o porte populacional para a classificação dos municípios em fases.....	17
Quadro 2 – Indicadores de planejamento.....	52
Quadro 3 – Indicadores de informação.....	57
Quadro 4 – Indicadores de relação.....	61
Quadro 5 – Indicadores de gestão.....	65
Quadro 6 – Indicadores de recursos humanos.....	67
Quadro 7 – Indicadores de recursos e infraestrutura.....	69
Quadro 8 – Indicadores de legalidade.....	70

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas	VIII
Lista de gráficos e figuras	IX
Lista de quadros	X
INTRODUÇÃO	1
1. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE (PNCD)	13
1.1 Políticas Públicas: conceito e reflexões	13
1.2 Dengue no Brasil	15
1.2.1 Dengue doença social	18
1.3 Apresentação e caracterização do PNCD.....	22
2. CARACTERIZAÇÃO DAS REDES NOS MUNICÍPIOS DE PINDORAMA/SP E CATANDUVA/SP	28
2.1 Estrutura organizacional do município de Pindorama/SP e rede de atores	28
2.2 Estrutura física e recursos humanos.....	35
2.3 Estrutura organizacional do município de Catanduva/SP e rede de atores	39
2.4 Rede física instalada.....	41
2.5 Serviços em Saúde	45
3. ANÁLISE COMPARATIVA DAS RESPOSTAS DOS INDICADORES.....	51
3.1 Indicadores de Planejamento.....	52
3.2 Indicadores de Informação.....	57
3.3 Indicadores de Relação	61
3.4 Indicadores de Gestão	65
3.5 Indicadores de Recursos Humanos	67
3.6 Indicadores de Recursos e Infraestrutura.....	69
3.7 Indicadores de Legalidade	70

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
5. REFERENCIAS.....	78
APÊNDICES.....	82
APÊNDICE A – Questionário com respostas abertas aplicado aos gestores do <i>Serviço de Controle da Dengue</i> dos municípios de Pindorama/SP e Catanduva/SP	82
APÊNDICE B – Quadro com as perguntas do questionário aberto (Apêndice A) organizadas conforme indicadores propostos para a posterior análise dos dados obtidos visando a determinação da eficácia, efetividade e eficiência de cada variável analítica	85
APÊNDICE C – Tabelas contendo número de leitos e relação de servidores municipais vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Pindorama/SP	87
Tabela 1 – Distribuição de leitos no município de Pindorama/SP, 2015.....	87
Tabela 2 – Relação de servidores municipais vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Pindorama/SP, 2015.	87
APÊNDICE D – Tabelas contendo dados sobre as Características estruturais, os serviços, e as técnicas ofertadas pela Secretaria Municipal de Catanduva/SP.....	88
Tabela 3 – Distribuição de parte dos 769 (setecentos e sessenta e nove) leitos hospitalares existentes na Rede Municipal de Catanduva/SP, 2015.....	88
Tabela 4 – Número de estabelecimento de saúde existentes na Rede Municipal de Catanduva/SP, 2015.	88
Tabela 5 – Número de leitos disponíveis no município de acordo com suas especialidades. Catanduva/SP, 2015.....	89
Tabela 6 – Equipamentos especializados e disponíveis no município de acordo com suas especialidades. Catanduva/SP, 2015.....	90

INTRODUÇÃO

A dengue, por suas características dinâmicas e epidemiológicas, representa hoje uma das principais doenças epidêmicas com registro em nosso país, o que determina um preocupante impacto econômico, social e educacional na saúde pública.

Anualmente, estima-se uma incidência de 100 milhões de novas infecções pelos diferentes vírus da dengue no mundo. No ano de 2015, a análise das incidências demonstra incremento em todas as regiões do País, com relevo para o Sudeste e o Centro-Oeste: 575,3 e 560,7 casos por 100 mil habitantes, respectivamente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) salienta que a dengue é um dos maiores problemas de saúde pública mundial, sendo vista como a principal doença reemergente do mundo. No Brasil, presentemente, ocorrem um grande número de casos, o que desperta a preocupação da população e do poder público.

Associado a esta preocupação, o *Aedes aegypti*, vetor da dengue, também é transmissor da Febre de Chikungunya e Zika, aumentando assim sua periculosidade e a necessidade de combater o agente transmissor.

As características epidemiológicas da dengue demonstram que o aspecto educacional é de suma importância para o controle da doença, o que torna impreterível a eliminação de criadouros do mosquito para o controle do processo de transmissão.

As cidades do presente estudo, Catanduva e Pindorama, ambas no Estado de São Paulo, correspondem à Região Administrativa de Saúde de São José do Rio Preto, representante da Secretaria de Estado de Saúde do governo paulista. O órgão designado para o controle das atividades chama-se SUCEN (Superintendência de Controle de Endemias), que atua no apoio técnico aos 18 Municípios da Região Administrativa.

Além dos aspectos epidemiológicos, há um fator importante no contexto de aplicação da Política Nacional de Controle da Dengue (PNCD), baseada na estrutura organizacional dos municípios ou numa rede de ações, que atuam como

processo decisório para que as ações tenham êxito ou não. Borja (1997) ressalta que o atual momento histórico é marcado, dentre outros fatores, por uma maior descentralização política, pela revalorização das esferas e identidades locais ou regionais, bem como pela multiplicação de demandas sociais heterogêneas, as quais não são satisfeitas por respostas de outros entes federativos.

Para a resolução dos problemas de Saúde Pública, Loiola e Moura (1997) afirmam que surge a necessidade de se promover uma articulação mais atuante entre atores públicos e privados, o que torna necessária a criação de redes de informações locais.

Nesse sentido, o relacionamento coeso entre as diferentes esferas, federais, estaduais e locais, devem proporcionar maior êxito e engajamento nas ações, determinando assim sucesso e rapidez nas atitudes de uma política pública municipal para o bem comum.

A Constituição Cidadã de 1988, em seu Artigo 196 (Capítulo II, Seção II), preconiza que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Baseado neste Artigo, cabe ao poder público garantir a saúde de sua população. Dentro deste contexto, a dengue apresenta-se como uma doença de grande relevância, devido a sua prevalência e incidência (BRASIL, 2002). Por ser uma doença para a qual ainda não existe vacina autorizada e comprovada para aplicação, a prevenção aos agentes causadores só pode ser realmente efetivada nas áreas sob risco quando a Vigilância Entomológica (Epidemiológica), o combate ao vetor, antecede a introdução do vírus. Quando a circulação de um ou mais sorotipos já se encontra instalada, as ações de combate ao *Aedes aegypti* têm baixa efetividade, o que implica, para os órgãos responsáveis pela prevenção da dengue, em uma série de dificuldades técnicas, científicas e operacionais relacionadas à complexidade epidemiológica da doença (Teixeira, 1999).

Conforme Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b), foram registrados 745.957 casos notificados de dengue no país

até a Semana Epidemiológica (SE) 15 (04/01/2015 a 18/04/2015), com a região Sudeste possuindo o maior número de casos notificados (489.636 casos – 66,2% do total).

Ao município com a epidemia instalada cabe o ônus dos tratamentos paliativos e medicamentosos, os quais oneram o processo e não surtem efeitos sobre o índice de casos.

Baseado neste perfil, observamos muitas vezes o poder público solicitar à população o engajamento no processo de controle por meio de propagandas, incentivos e informativos. Porém, não se verifica a participação efetiva, talvez por ter sido feita de maneira impositiva, não colaborativa para com a população.

Segundo Borja (1997), quando a população deixa de ser vista como mera receptora de políticas públicas passando a ocupar, cada vez mais, um papel privilegiado no que se refere a sua aceção como uma importante fonte de informações, ao mesmo tempo em que passa a ser vista como um relevante ator em prol da consolidação de políticas públicas que visem seu bem-estar, o sucesso de programas ou políticas pode ser mais efetivo.

Neste trabalho observamos os entraves e dificuldades das políticas públicas e dos atores envolvidos nos dois municípios, por meio de uma análise comparativa de indicadores preestabelecidos sobre a utilização da PNCD em seus dez eixos temáticos, considerando a situação política, organizacional e financeira de cada um e sugerindo, por fim, ações para melhoria no processo que possam proporcionar uma melhor ação no controle da doença.

Ainda, é ressaltado que uma Política Pública pode ser utilizada e interpretada de diferentes maneiras, baseadas nas realidades locais e nas características dos gestores e de seus municípios.

Os Dados do IBGE (2014) demonstram que Catanduva tem 118.853 habitantes, Pindorama apresenta 16.180 habitantes, fazendo um comparativo do número de casos com Dengue obtemos que Catanduva e Pindorama no ano de 2015 segundo (CVE/SES-SP) obtiveram respectivamente 9856 casos contra 494 casos. Em uma análise preliminar verificamos que populacionalmente Catanduva é 7,35 vezes maior que Pindorama, porém relacionado ao número de casos o

aumento foi de 19,95 vezes, justificando que uma Política pode ser utilizada de diferentes maneiras, obtendo diferentes resultados.

Considerando essa análise a comparação da Política e de sua execução se faz necessária para mostrar as diferentes realidades suas eficácias e entraves.

Com a análise, foi verificada a hipótese inicial, a de que as políticas, para serem efetivamente adotadas, dependem de vários fatores e interpretações. Do mesmo modo, o fator humano e o comprometimento dos atores são indispensáveis para o resultado, bem como o bom relacionamento e o ideal coletivo são determinantes para este sucesso, desde que associados ao desenvolvimento burocrático rápido e eficaz.

O objetivo geral da execução do trabalho foi avaliar as políticas e/ou programas de combate à dengue nos municípios de Catanduva e Pindorama, ambos no Estado de São Paulo, a partir da eficácia de suas ações e da funcionalidade da gestão pública.

Os objetivos específicos foram importantes para a determinação da casualidade bem como a relação existente entre os atores e as relações existentes na adoção da Política Pública pelo município.

A estrutura de gestão também se fez importante para a análise, pois é partir dela que se deu o desenvolvimento operacional e dos serviços existentes.

Os indicadores elaborados e as variáveis analíticas determinaram as possibilidades de comparação bem como o desempenho de cada município.

Para o desenvolvimento da metodologia fez-se necessário o conhecimento de vários aspectos dentre eles o conhecimento das cidades, bem como os atores envolvidos no processo que serão descritos.

O município de Pindorama está situado entre duas encostas, cortado ao centro pelo Ribeirão São Domingos. Seu nome é de origem indígena e significa região ou país das palmeiras. Até o ano de 1907, a região era plena mata virgem, surgindo depois os primeiros desbravadores, Ferdinando Mota, irmãos Lainetti e irmãos Costa, que ali se estabeleceram iniciando as primeiras lavouras e os pequenos núcleos coloniais a partir da construção de uma pequena capela, atestado da cristandade que marca sua fundação. Em 1909, com os trilhos da

Estrada de Ferro Araraquarense, o povoado teve os primeiros surtos de progresso.

Pela Lei nº 1.594, de 29 de dezembro de 1917, foi elevado a distrito de paz. Nos quadros do Recenseamento Geral datado de 1º de setembro de 1920, Pindorama figura como distrito do município de Santa Adélia.

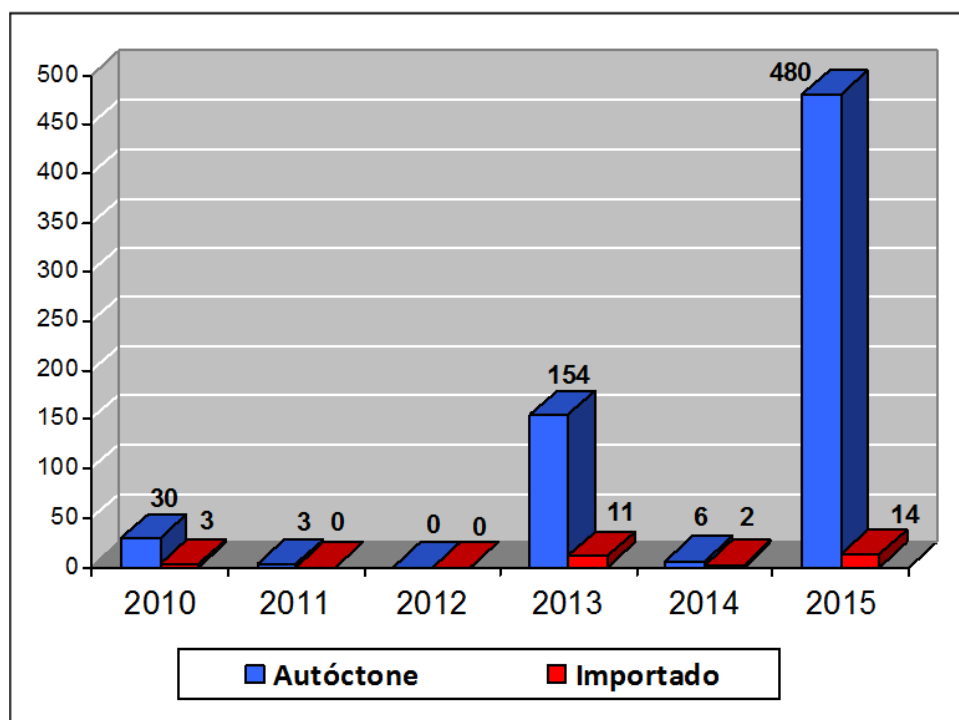
Por volta de 1925, o município arcou com pesada cota de desmembramento, não impedindo, porém, seu progresso. Quatro anos mais tarde, em 1929, a título de exemplo, Pindorama surgia como um dos maiores centros da produção cafeeira do Estado.

Pindorama é elevada a município pela Lei nº 21.125 de 31 de dezembro de 1925, instalado a 21 de março de 1926. Pertence, a partir de 1938, à comarca de Catanduva, constituído por seu distrito-sede. Em divisão administrativa referente ao ano de 1944, ao Município de Pindorama foi acrescido o distrito de Roberto (PINDORAMA, 2015).

Pindorama, segundo dados de 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014), apresenta uma população estimada em 16.180 habitantes, com uma área de unidade territorial em de 184.825 Km², e densidade demográfica de 81,37 hab/Km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,737.

Com base no número de casos de dengue nos últimos 5 anos, pode ser observado um aumento progressivo no número de casos notificados, conforme o *Gráfico 1* a seguir:

Gráfico 1 – Ocorrência de casos de dengue *autóctone* e *importado* no município de Pindorama/SP, 2015. Elaborado pelo autor.



Fonte: Dados fornecidos pela Divisão de Zoonoses do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual da Saúde (CVE/SES-SP). Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/zoo/dengue_dados.html>. Acesso em 04/06/2015.

O número de casos em 2015 representou um grande acréscimo frente aos anos anteriores, com 790 casos notificados. Destes, foram confirmados 480 casos autóctones e 14 importados.

Segundo Informações do site da Prefeitura de Catanduva, inicialmente a cidade fora conhecida por Cerradinho, nome atribuído por conta da localização do vilarejo, que se iniciou numa área de cerrado ralo. O arraial de Cerradinho, pela Lei nº 1.188 de 16 de dezembro de 1909 foi elevado a distrito de paz, com o nome de Vila Adolpho, homenagem ao Coronel Adolfo, influente político da vizinha São José do Rio Preto, município ao qual a vila pertencia. A criação do município de Catanduva, pela Lei nº 1.564 de 14 de novembro de 1917, mas instalado em 1918, segue o progresso do local, após a implantação da estrada de ferro em 1910.

Em 9 de dezembro de 1919, pela Lei nº 1.675-E, criava-se a Comarca de Catanduva, instalada em 1920. O título "Cidade Feitiço", que apelida a cidade, relaciona-se à hospitalidade dos moradores na recepção a seus visitantes (CATANDUVA, 2015).

Catanduva, segundo dados do IBGE (2014), apresenta uma população estimada em 118.853 habitantes, com uma área de unidade territorial de 290.596 Km², e densidade demográfica de 388.24 hab/Km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,785.

Uma característica importante a ser ressaltada é que Catanduva apresenta-se como polo econômico, educacional e de saúde para 18 municípios da região, incluindo Pindorama.

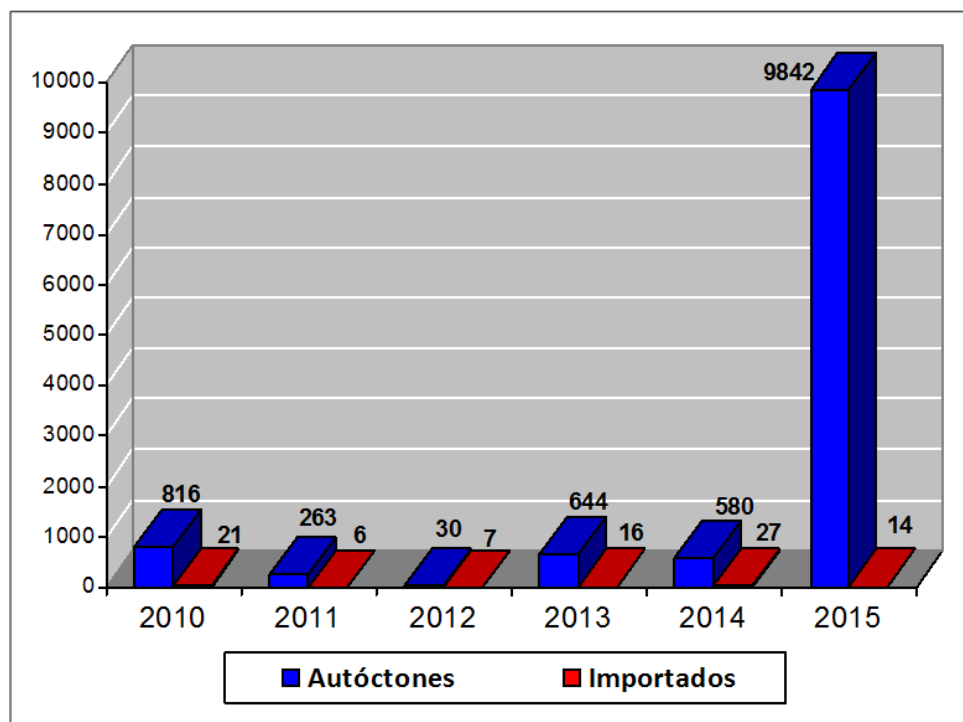
Como destaque, pode-se citar a Fundação Padre Albino e a Faculdade Escola de Medicina, polo regional para atendimento em Saúde, o Instituto Federal de Ensino e a Fatec, como estabelecimentos públicos de ensino superior, bem como diversas Indústrias de ventiladores, que atribuem à cidade o título de capital nacional dos ventiladores.

As características epidemiológicas relacionadas à dengue são demonstradas a seguir, considerando os anos de 2010 ao mês de junho de 2015 (Gráfico 2).

Segundo dados do *Centro de Vigilância Epidemiológico da Secretaria Estadual da Saúde (CVE/SES-SP)* para o ano de 2015, até o mês de junho foram relatados em Catanduva 9.856 casos de dengue, sendo 9.842 autóctones e 14 importados.

Estes números são extremamente relevantes, pois, como já descrito, Catanduva é um centro regional e, no caso, possivelmente disseminador da doença.

Gráfico 2 – Ocorrência de casos de dengue *autóctone* e *importado* no município de Catanduva/SP, 2015. Elaborado pelo autor.



Fonte: Dados fornecidos pela Divisão de Zoonoses do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual da Saúde (CVE/SES-SP). Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/zoo/dengue_dados.html>. Acesso em 04/06/2015.

Frey (2000) afirma que os métodos de análise de redes sociais podem ser classificados em duas grandes categorias. A primeira diz respeito àquelas que permitem uma *abordagem relacional*, que focam nas conexões diretas e indiretas entre os atores; a segunda, àquelas que permitem uma *abordagem posicional*, com foco na natureza das ligações entre grupos de atores e terceiros. A primeira abordagem permite identificar tendências sociais, tais como coesão e influência, que provocam o agrupamento de atores em subgrupos, enquanto a segunda permite identificar generalizações sobre o comportamento e a estrutura social.

O presente trabalho atuou analisando os 10 componentes propostos pelo *Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)*, destacados a seguir:

- I. Vigilância Epidemiológica;
- II. Combate ao Vetor;

- III. Assistência aos Pacientes;
- IV. Integração com a Atenção Básica – *Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)* e *Programa de Saúde da Família (PSF)*;
- V. Ações de Saneamento Ambiental;
- VI. Ações integradas de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social;
- VII. Capacitação em Recursos Humanos;
- VIII. Legislação;
- IX. Sustentação Político-Social;
- X. Acompanhamento e Avaliação do PNCD.

Os atores escolhidos para participarem da pesquisa são os gestores dos serviços, visto que já apresentam longo tempo de atuação no serviço, porém faz – se importante ressaltar que os mesmos fazem parte do nível gerencial, ou seja deveriam conhecer a Política Pública e delegar aos supervisores e /ou agentes a função de operacionalizá-las. No caso das perguntas que demandam a necessidade de uma abordagem mais detalhada, muitas vezes relacionadas aos entraves específicos do serviço, o responsável dentro do mesmo será solicitado, para a plenitude do conhecimento.

Entendemos que para esta pesquisa a visão adotada foi a de aplicação da Política Pública, porém estudos complementares devem ser feitos no âmbito de avaliação da visão da população sobre a aplicação da mesma, bem como a visão do gestor na administração desta.

O eixo para o desenvolvimento metodológico foi a Política Nacional de Combate a Dengue que demonstra os fatores importantes para a sua execução, com base nesta literatura desenvolvemos os Indicadores e as variáveis analíticas conforme descritas abaixo:

- **Indicador de Planejamento** (variáveis analíticas)
 - Distribuição e controle dos serviços;
 - Planejamento integrado na prevenção;

- Troca de informações para o planejamento;
- Combate ao vetor;
- Plano de emergência;
- Mapeamento;
- Acompanhamento;
- Serviços (Mutirões);
- Relacionamento;
- Qualidade e funcionalidade;
- Índices.

- **Indicador de informação** (variáveis analíticas)

- Indicadores de saúde;
- Educação ao paciente;
- Informação à equipe;
- Campanhas em conjunto;
- Prevenção;
- Educação à população;
- Receptividade;
- Estratégias;
- Relação com a mídia;
- Relação setor comunicação.

- **Indicador de Relação** (variáveis analíticas)

- Relacionamento;
- Integração;
- Encaminhamento;
- Atendimento;
- Fluxograma de atendimento;
- Ações integradas;
- PSF - PACS;
- Atendimento a demandas;
- Ações populares (Conselho Municipal de Saúde);

- Iniciativa privada;
- Feedback.

- **Indicador de Gestão** (variáveis analíticas)
 - Políticas Estaduais e Federais;
 - Gestão popular (Conselho Local de Saúde e Conselho Municipal de Saúde);
 - Agenda Política;
 - Ingerências políticas.

- **Indicador de Recursos Humanos** (variáveis analíticas)
 - Quantidade de funcionários;
 - Serviços de apoio;
 - Treinamento;
 - Capacitação.

- **Indicador de Recursos e Infraestrutura** (variáveis analíticas)
 - Veículos;
 - Equipamentos;
 - Informatização;
 - Local próprio;
 - PSF;
 - PACS.

- **Indicador de legalidade** (variáveis analíticas)
 - Leis Municipais;
 - Leis Estaduais;
 - Penalidades.

As questões então foram desenvolvidas avaliando sempre os critérios propostos pela PNCD e o grau de importância que era conferido a elas pelo próprio programa.

Os questionários foram abertos (vide *Anexo 1*). Coube ao entrevistador garantir o entendimento da questão sem incorporação de opiniões ou sugestões durante a entrevista houve a captação de diversas informações que serão avaliadas e discutidas nas análises comparativas das respostas. Com estes resultados, foram analisados os pontos fortes e fracos da ação de cada município, comparando-os de modo a identificar as ações ou ausências delas, denominados em nosso trabalho de *dados primários*.

Com estes dados primários formulados (indicadores), estas variáveis analíticas foram analisadas conforme sua competência, traçando um perfil do grau de centralidade e resolutividade na rede, com o objetivo de determinar a eficácia, a efetividade e a eficiência de cada uma (*Anexo 2*).

Analisando o universo empírico, serão avaliadas também as características da sociedade em questão, usando dados do IBGE e da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), denominados *dados secundários*.

Para o desenvolvimento deste trabalho a divisão dos capítulos representaram um tema a ser abordado e refletido. No capítulo 1 descrevemos o PNCD e suas peculiaridades bem como reflexões sobre Políticas Públicas e dengue no Brasil.

No capítulo 2 efetuamos um estudo detalhado dos municípios estudados e suas peculiaridades, como estrutura organizacional, estrutura física e recursos humanos e os serviços em saúde.

No capítulo 3 os indicadores foram demonstrados, bem como a análise comparativa das eficácias e entraves nos dois municípios, percorrendo desde os indicadores de planejamento até os indicadores de legalidades.

Por fim, nas considerações finais foram relatadas as observações do autor, bem como os contrassensos e efetividades na aplicação da Política Pública de combate a Dengue.

1. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE (PNCD)

1.1 Políticas Públicas: conceito e reflexões

As visões sobre as políticas públicas levam ao entendimento de que elas são um processo de construção social, cuja configuração ou rede dependerá de múltiplos fatores próprios da sociedade e do sistema político existente (MULLER, 2003).

A ação do Estado, implementada pelos governos que conduzem as suas instâncias e organizações, se expressa pelas políticas públicas, que lhe permitem realizar intervenções sobre as dinâmicas econômicas e sociais, seus atores e instituições (SILVA et al., 2007).

Bucci (2002) comenta que as políticas públicas são um conjunto de programas de ação governamental que visa gerenciar os meios e recursos à disposição do Estado de modo a atender objetivos e demandas socialmente relevantes e politicamente determinadas.

Em função das diretrizes do projeto ou programa de governo são mobilizados os instrumentos e articulações necessárias com os segmentos sociais envolvidos em sua elaboração, com o objetivo de obter os resultados socioeconômicos propostos (SILVA et al., 2007).

Para Frey (2000), as políticas públicas devem ser avaliadas em três dimensões: as instituições políticas, os processos políticos e os conteúdos das políticas. Faz-se necessária a sua análise para que se identifiquem quais os níveis de ação bem como os agentes responsáveis por elas; esta diferenciação teórica de aspectos peculiares da política fornece categorias que podem se evidenciar proveitosas na estruturação dos projetos.

Uma interessante discussão é trazida por Silva et al. (2007) no que se refere à terminologia das palavras *programas* e *políticas públicas*: programa seria uma sequência de ações limitadas no tempo, na qual os meios para a sua execução e seus objetivos são bem definidos; políticas públicas são uma totalidade complexa de programas e procedimentos que possui o mesmo objetivo geral.

Azevedo (2003) faz um comentário importante no que tange à política pública, que considera como “tudo o que um governo faz e deixa de fazer, com todos os impactos de suas ações e de suas omissões”. Cabem aqui duas considerações: a primeira é relacionada à vontade política dos governantes, que, muitas vezes, caso não seja construída coletivamente, pode demonstrar interesses unilaterais; a segunda relaciona-se à participação popular – se a mesma for omissa, pode auferir os resultados de escolhas não adequadas para as suas necessidades.

Um marco comentado por Souza (2006) sobre a política pública baseou-se nas políticas orçamentárias restritivas, ou seja, o controle fiscal implicou a adoção de orçamentos equilibrados entre receitas e despesas e restrições à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais. Com isso, os recursos se tornaram mais escassos e controlados, levando os políticos bem intencionados a encontrar mecanismos de desenvolver seus programas políticos de formas mais econômicas e participativas.

Ainda em seu artigo, Souza (2006) relata que a definição de política pública mais aceita é a de Laswell, o qual enuncia três grandes questões a serem respondidas: quem ganha o quê, por que e que diferença faz. Isso demonstra que, para a tomada das decisões, quanto maior o número de agentes envolvidos, maior será a chance de que grupo que mais precisa seja atendido, respeitando sempre o princípio da paridade, ou seja, maior representatividade possível entre os pares.

O fato de boa parte da população brasileira não ter acesso ou ser excluída do sistema socioeconômico acarreta, do mesmo modo, problemas gravíssimos para o funcionamento do sistema político do país, tendo por consequência a exclusão social, que leva à exclusão política de grande parte da população (FREY, 1996).

A necessidade de avaliação de programas e políticas se torna de fundamental importância enquanto um mecanismo de ação da efetividade das mesmas. Silva (2007) relata que a avaliação de programas e políticas públicas tem como base a pesquisa em ciências sociais aplicadas ao estudo das políticas e seus efeitos sobre a sociedade. A avaliação é mais ampla do que a presente

neste trabalho, e tem por objetivo fazer com que os resultados e conhecimentos produzidos construam um julgamento de valor para que os governantes e a população tenham referências sobre os fatores que determinam o sucesso ou insucesso de determinada ação, de modo que possam interferir nos processos para corrigir seus procedimentos e/ou elaborar novas políticas e programas.

1.2 Dengue no Brasil

Segundo dados da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA (BRASIL, 2002), estima-se que 80 milhões de pessoas se infectem anualmente, em 100 países de todos os continentes, à exceção Europa. Segundo o mesmo documento, cerca de 550 mil doentes necessitam de hospitalização e 20 mil morrem em consequência da dengue por ano. O mosquito transmissor da dengue, o *Aedes aegypti*, encontrou no mundo moderno condições muito favoráveis para uma rápida expansão, devido à urbanização acelerada e à utilização intensa de materiais não biodegradáveis, como recipientes, garrafas pet, entre outros.

Ainda segundo o documento (BRASIL, 2002), as condições socioambientais possibilitam uma dispersão desse vetor, que não consegue ser controlada com os métodos tradicionalmente empregados. Programas essencialmente centrados no combate químico, com baixíssima ou mesmo nenhuma participação da comunidade, sem integração Intersetorial e com pequena utilização do instrumental epidemiológico, mostraram-se incapazes de conter um vetor com altíssima capacidade de adaptação ao novo ambiente criado pela urbanização acelerada e pelos novos hábitos.

O Ministério da Saúde, para nortear e direcionar as ações no país, desenvolveu em 2002 o PNCD, Programa Nacional de Controle da Dengue, cujos principais objetivos e metas consistem em:

- Reduzir a Infestação pelo *Aedes aegypti*;
- Reduzir a Incidência de dengue;
- Reduzir a letalidade por febre hemorrágica decorrente da dengue;

- Reduzir a menos de 1% a infestação predial em todos os municípios;
- Reduzir em 50% o número de casos de 2003 em relação a 2002, e, nos anos seguintes, 25% a cada ano;
- Reduzir a letalidade por febre hemorrágica de dengue a menos de 1%.

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde (SÃO PAULO, 2013), desde 2008 os municípios do Estado sob sua orientação vêm elaborando, no início de cada “ano dengue” (período compreendido de janeiro a junho), planos de intensificação e de contingência para prevenção e controle da dengue. Esses planos contêm ações recomendadas no Programa Estadual de Vigilância e Controle de Dengue, relacionadas aos eixos da *Vigilância Epidemiológica* (Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE), *Vigilância Sanitária* (Centro de Vigilância Sanitária – CVS), *Assistência* (Coordenadoria de Regiões de Saúde – CRS), *Vigilância Laboratorial* (Instituto Adolfo Lutz – IAL) e *Controle de Vetores* (Superintendência de Controle de Endemias – SUCEN), bem como de *Educação, Comunicação e Mobilização Social*.

Para o “ano dengue” 2012/2013, foi sugerido pelo Ministério da Saúde que o plano fosse estruturado com a programação das ações dos vários eixos, definidos segundo as fases descritas (SÃO PAULO, 2012). A classificação do município é dada de acordo com a faixa de incidência, calculada conforme o porte populacional, segundo as categorias a seguir:

- **Silenciosa:** municípios com incidência zero, com ou sem notificação de suspeitos;
- **Inicial:** municípios com incidência inferior a 20% daquela estabelecida para o seu porte populacional;
- **Alerta:** municípios com incidência maior ou igual a 20% daquela estabelecida para o seu porte populacional;
- **Emergência:** municípios que atingiram 10% da incidência estabelecida para o seu porte populacional.

Quadro 1 – Distribuição da incidência de dengue segundo o porte populacional para a classificação dos municípios em fases.

População número de habitantes	Incidência (Número de casos/100.000 habitantes)
Menos que 10.000	600
10.000-99.999	300
100.000-249.999	150
250.000-500.000	100
Mais 500.000	80

Fonte: SÃO PAULO, 2013.

Segundo dados do *Boletim Epidemiológico* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), foram notificados 745.957 casos de dengue no país no ano de 2015. Deste total, 5.771 foram notificados como casos graves, com ocorrência de 229 óbitos. Comparando esses resultados com igual período de 2014, o que se nota é um aumento de 29,92% nos casos notificados (223.227 casos em 2014), e um aumento de 66,83% nos casos graves (270 casos em 2014) e de 68,99% nos óbitos.

Baseado nos dados relatados, observa-se também que a Incidência, ou seja, o surgimento ou aparecimento de casos novos, não foi restrito a uma única região, com destaque nos anos de 2014 e 2015 para a região Nordeste, com 489.636 casos notificados, e Norte, com 97.591 casos notificados.

Para os casos de óbito observamos um aumento acentuado em todo o Brasil, contabilizando 69%, provavelmente devido ao aumento substancial da epidemia e do número de casos no país.

Usando a metodologia de levantamento rápido LIRA (Levantamento Rápido de Índice para *Aedes aegypti*), o site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) descreve um novo mapa da dengue no país, apresentando 5.771 casos com sinais de alarme a doença, enquanto outros 404 apresentam casos graves de dengue no Brasil.

1.2.1 Dengue: doença social

A dengue, por suas características, tem como grande ator a população. Nesse sentido, Chiaravalloti (2007) descreve em seu artigo um importante dado a respeito das formas de atuação das políticas públicas que, muitas vezes, não contribuem para o aprimoramento das práticas preventivas, de modo que a comunidade tem permanecido como espectadora e dependente de ações previamente definidas pelo poder público. Os estudos atuais, segundo o autor, relatam uma característica interessante, pois observa-se um aumento no conhecimento da população, embora a sua aplicabilidade tenha se demonstrado insuficiente para a redução da infestação da doença.

A forma de governança pode, portanto, ser um fator considerado para esse processo quando observamos que, conforme relatado no artigo e como será descrito nos dois municípios-alvo desta pesquisa, as atividades de controle e prevenção são adotadas de forma vertical, ou seja, são impostas pelo poder público sem que exista uma ligação plena entre os setores envolvidos e/ou um fluxo único para o encaminhamento das demandas que se manifestam.

Esta informação também é confirmada por Rangel (2008), que afirma que as normas de comunicação e educação efetuadas para o combate à dengue não se diferenciam das demais utilizadas em Saúde Pública, apesar da grande importância do processo coletivo colaborativo da doença. As modelagens descritas no artigo relatam as políticas como baseadas, ainda, em um modelo centralizador, vertical e unidirecional, que espera que ocorra uma reação por parte da população de maneira direta, o que não condiz com a realidade vivenciada em todo o país.

Os Agentes de Saúde, por sua vez, carregam consigo uma responsabilidade gigantesca por serem, ao mesmo tempo, a porta de entrada do sistema de saúde levando, ainda, à população as expectativas de resolução de seus problemas para além da presença do vetor e da doença diante do contato direto com os cidadãos.

Tais observações nos conduzem à conclusão de que há grande distância entre o poder público e a população, além da não resolutividade das ações,

geram um imenso descrédito e uma notável desesperança por parte da população no tocante aos serviços públicos ofertados.

Na análise dos resultados empreendida por Chiaravalloti (2007) traçou-se um perfil dos problemas sociais, tendo o estudo demonstrado que as dificuldades são muito maiores que a prevenção e o combate à dengue em si, pois dizem respeito a problemas mais bem reais e imediatos como, por exemplo, problemas financeiros, o desemprego, problemas crônicos de saúde, a fome, entre outros. Destaca-se a ocorrência comum da falta de água potável em diversos municípios, um problema primordial com relação à dengue dada a necessidade imanente dessa população afetada em armazenar água para o consumo, o que por vezes é feito de maneira errônea favorecendo, assim, o desenvolvimento de novos criadouros dos mosquitos transmissores.

Logo, um problema social marcante diz respeito à contínua concentração de renda por pequena parcela da população e às baixas condições socioeconômicas da maioria dos brasileiros, o que conduz a que, por exemplo, bairros inteiros que apresentam condições de baixa renda sofram constantemente dos problemas acima destacados. No caso de imóveis particulares, verifica-se que quanto maior o padrão do imóvel, ou seja, quanto maior a renda dos moradores, é igualmente maior a dificuldade de entrada nos imóveis para a realização dos processos de prevenção, sendo a “invasão” um argumento utilizado frequentemente para a recusa da entrada do Agente de Saúde no imóvel. Nesse sentido, o grande número de imóveis fechados e terrenos baldios extensos nas cidades também favorece o grande número de criadouros.

No tocante à resistência da população às ações de saúde, a maior “desculpa” ou o argumento mais comum ouvido pelos Agentes é o de que o morador só aceita a entrada do Agente de Saúde se o problema coletivo for sanado, ou seja, não basta um elemento isolado permitir as ações, pois todos devem executá-las.

Segundo Rangel (2008), existem alguns paradigmas que causam dúvidas na população e que devem ser avaliados criteriosamente, tais como os modelos de prevenção adotados que se baseiam, segundo a autora, em um modelo de higienismo/campainhismo, ou seja, as ações se voltam ao combate do *Aedes*

aegypt e são ações compartimentalizadas feitas, portanto, por setores específicos (setor de saúde) e realizadas por Agentes de Saúde que conferem maior atenção à higienização do ambiente, sendo as noções de limpeza, pureza e risco enfatizadas.

Mas como dizer, então, a uma população que tem dificuldade de conseguir água de boa qualidade – necessitando armazená-la em caixas d'água que são criadouros em potencial – que tal atitude traz consigo o risco latente de proliferação dos mosquitos transmissores? Nesse sentido existe um grande contrassenso entre as campanhas higienistas e a realidade de cada população.

Outro problema constatado nas campanhas tradicionais diz respeito ao discurso de que, para o sucesso da erradicação do vetor, existe a necessidade de “mudança de comportamento do indivíduo” e a sua necessária “conscientização”. Mas o que dizer dos Agentes de Saúde que não possuem capacitação adequada para a indução de tal mudança? Além disso, tais profissionais não possuem meios de atender às demandas sociais que não lhe competem, tais como a limpeza de terrenos baldios, a coleta de lixo em locais irregulares, a realização de mutirões de limpeza, a disponibilização de caminhões para a retirada de lixos de grande porte das residências, até a realização de nebulizações quando muitas equipes de saúde sequer possuem equipamentos de proteção e segurança adequados para o seu trabalho, entre outras.

Ainda sobre a relação entre população e Agente de Saúde, o valor sentimental que muitos moradores dão aos seus objetos domésticos também foi relatado, sendo comum o argumento de que determinado objeto que está colocando em risco os cidadãos ao acumular água limpa e parada, por exemplo, “é de grande importância para sua vida”, o que acaba servindo como ferramenta para embates entre Agentes e munícipes, sendo estes os membros da equipe de saúde muitas vezes vistos como desrespeitosos e invasivos ao sugerir e/ou solicitar o descarte de determinados materiais.

Os aspectos clínicos são também de extrema importância para o desenvolvimento social, tendo em vista que as características da doença determinam padrões que geram grandes entraves para o serviço público, bem como para as atividades diárias do paciente. Assim, conforme site do Ministério

da Saúde no item “Informações Técnicas”, verificamos que o período de incubação da doença varia de 4 a 10 dias até o aparecimento dos primeiros sintomas.

Normalmente, o primeiro sintoma é a febre, que pode variar de 39º a 40º C, possui início repentino e dura de 2 a 7 dias acompanhada de cefaleia, mialgia (dores musculares), artralgia (dores nas articulações), prostração, astenia, dor retroorbital, exantema, prurido cutâneo, anorexia, náusea e vômitos, todos estes sintomas tidos como os mais comuns.

No período de remissão da febre é possível que, do 3º ao 7º dia, ocorra o aumento da permeabilidade capilar em paralelo com o aumento dos níveis do hematócrito, quando o período é considerado crítico em função da doença, podendo ocorrer o choque hemorrágico que pode levar à morte.

Não existe um tratamento específico para a doença, sendo a premissa maior a hidratação constante do indivíduo, bem como o alívio dos sintomas com medicamentos prescritos adequadamente. A recuperação pode ser dada em um período de 10 a 14 dias, porém depende das condições individuais de cada sujeito.

Como comentado, a dengue é uma doença debilitante e que pode levar à morte, sendo que até o reestabelecimento do indivíduo todas as suas atividades são interrompidas o que gera, por sua vez, situações de prejuízos relacionados a vínculos trabalhistas, por exemplo, bem como relativos aos gastos do paciente e do município com a doença.

Uma característica importante a ser ressaltada é a qualidade do atendimento prestado a este doente, pois, como descrito, as características debilitantes são marcantes no processo e a banalização do atendimento não pode ser uma prática comum tendo em vista a ocorrência de subnotificações de casos que podem se agravar se não identificados. O preparo prévio da estrutura e da equipe de saúde se faz necessário, portanto, com informações claras para que o paciente entenda o processo que está vivenciando bem como os riscos que lhe são inerentes.

Existe a necessidade e a premência constante da informação, portanto, que deve se dar seja por meio de atendimento, materiais de divulgação (panfletos) e/ou outras mídias para que o desamparo não acometa estas pessoas.

1.3 Apresentação e caracterização do PNCD

A dengue, uma doença com manifestação antiga em nosso país desde a sua reintegração em 1976. As estratégias de combate não foram eficazes até então, sendo as ações baseadas por longo período exclusivamente no combate químico ao vetor sem que ações integralizadas com os demais setores de serviços e com a população fossem observadas levando, assim, ao insucesso destas medidas associado ao elevado grau de adaptabilidade do vetor que encontrou em nosso país condições altamente favoráveis para a sua disseminação.

Para o *Programa Nacional de Controle da Dengue* (PNCD), o ano de 1996 pode ser considerado um marco graças à criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Erradicação do *Aedes aegypt* (PEAa), porém, foi observado que a viabilidade do programa se daria somente a longo prazo.

O PEAa não obteve os resultados desejados, principalmente devido, mais uma vez, à centralização do combate por meio da utilização de inseticidas, embora tenha sido um importante agente para a descrição e determinação da importância do trabalho multissetorial e descentralizado com a participação das três esferas governamentais e da população prescrevendo, assim, quem deve se envolver e como deve atuar para o combate a esta doença.

Em junho de 2001 o Ministério da Saúde promoveu, junto à Organização Pan-Americana de Saúde (ou *Pan American Health Organization* – PAHO), um Simpósio Internacional para discutir as experiências mundiais de combate à dengue e criar um *Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue* (PIACD), que selecionou 657 municípios prioritários no país.

O PNCD surgiu, então, com a introdução do sorotipo 3 e a sua rápida disseminação no território nacional, favorecendo a transmissão veloz da dengue e, por consequência, de sua versão mais agressiva, a febre hemorrágica. Diante deste quadro houve a necessidade de uma formatação e fundamentação de

estratégias para o combate à epidemia. A fundamentação do PNCD considerou, então:

1. A elaboração de programas permanentes, uma vez que a erradicação do mosquito é uma hipótese improvável;
2. O desenvolvimento de campanhas de informação e de mobilização de pessoas, criando, assim, a responsabilização individual pelo seu espaço doméstico na tentativa de eliminar possíveis criadouros;
3. O fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a capacidade de prevenção e de detecção precoce de surtos da doença;
4. A melhoria nas condições de trabalho de campo para o combate ao vetor;
5. A integração entre PACS e PSFs;
6. A utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em espaços com difícil acesso;
7. A atuação multissetorial para a destinação dos resíduos e a utilização de locais seguros para o armazenamento de água, bem como o fomento para isso quando necessário; e
8. Os instrumentos mais efetivos para o acompanhamento e a supervisão das medidas adotadas pelas três esferas governamentais.

Mediante os dados do Ministério da Saúde foram consideradas áreas prioritárias de atenção, devido à facilidade de transmissão e disseminação, as capitais de cada estado e sua região metropolitana, assim como municípios com população igual ou superior a 50.000 habitantes e municípios receptivos à introdução de novos sorotipos de dengue (áreas fronteiriças, portos, núcleos de turismo, entre outros).

No corpo dos itens que compõem o PNCD, os objetivos elencados para serem alcançados em todo o território preveem a redução de infestação do *Aedes aegypti*, a redução da incidência do número de casos de dengue e a redução da letalidade por febre hemorrágica de dengue.

A implementação do PNCD organiza-se, então, em dez eixos ou componentes que devem ser considerados em cada localidade, ainda que exista

a autonomia de cada entidade no tocante à necessidade de incorporar adequações visando a aplicação destes eixos inseridos, impreterivelmente, nos objetivos, metas e componentes do Programa.

Abaixo cada um dos dez componentes é descrito brevemente, sobretudo em função da extrema importância que possuem para o desenvolvimento da metodologia deste trabalho, visto que as perguntas que compuseram o questionário aberto basearam-se nestes eixos para verificar a observância da utilização desta política pública como um todo e de suas peculiaridades regionais, além de sua eficácia e eventuais entraves em sua implantação.

Componente 1 – Vigilância epidemiológica: Considerada de extrema importância, é o meio pelo qual se verifica a oportunidade correta de combate ao vetor, ou seja, a identificação precoce dos suspeitos para o bloqueio e a interrupção de sua transmissão. Os recursos específicos estão determinados pelos sistemas de informação que garantem rapidez e credibilidade ao trato dos dados obtidos, sendo estes o *Sistema Nacional de Agravos de Notificação* (SINAN) e o *Sistema de Notificação de Febre Amarela e Dengue* (FAD). O PNCD constatou recentemente que os índices para detecção precoce não estavam sendo alcançados, do que se originaram inúmeras oficinas de qualificação e orientação para os operadores do sistema no tocante ao processamento dos dados.

Componente 2 – Combate ao vetor: Tem como objetivo obter índices de infestação inferiores a 1%, sendo que para isso foi incorporado um conjunto de ações que visavam a estruturação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde focando, principalmente, os municípios prioritários descritos anteriormente.

Para que este componente se desenvolva é necessária a unificação das informações por meio do FAD, sobretudo àquelas que se referem aos imóveis municipais, que devem ser mapeados e atualizados constantemente para que os roteiros das equipes sejam corretos e eficazes. Assim, é de suma importância a unificação das bases geográficas das vigilâncias epidemiológicas e entomológicas, além das ações das operações de campo, PACS e PSF.

À Federação e aos Estados caberia a manutenção de reservas de equipamentos para as ações contingenciais de combate ao vetor, bem como a correta utilização dos equipamentos disponibilizados obedecendo a padrões técnicos definidos para a sua operação, assim como garantindo a efetividade dos larvicidas e adulticidas utilizados no combate à dengue. Nesse sentido, a fiscalização do efetivo operacional por parte das Secretarias Estaduais de Saúde mostra-se importante na verificação da quantidade e qualidade do pessoal envolvido na execução das ações de combate.

Componente 3 – Assistência aos pacientes: Especifica as ações de organização do serviço de saúde visando a melhoria na qualidade da assistência e a elaboração de Planos de Contingência nos estados e municípios em caso da ocorrência de infestações e epidemias ocorram. Mesmo quando bem combatida, em muitos casos torna-se essencial a manutenção da qualidade de vida bem como dos cuidados à saúde da população, cuidados ao paciente que serão tratados em capítulo vindouro e que são de fundamental observância ao longo do processo.

Componente 4 – Integração com a Atenção Básica (Pacs/PSF): Garante um maior efetivo qualificado para o combate ao vetor no sistema, sendo indiscutível a importância destes programas e serviços, assim como o grau de confiabilidade dos mesmos no sistema. Contudo, para que esta integração ocorra é necessária a unificação das áreas de trabalho de modo a possibilitar uma ação mais oportuna quando da detecção de focos do mosquito e/ou casos de dengue.

Componente 5 – Ações de Saneamento Ambiental: Possuem como objetivo primordial o financiamento e o fomento de ações de saneamento ambiental para um efetivo controle do *Aedes aegypti* por meio da garantia do fornecimento contínuo de água tratada, da destinação adequada dos resíduos sólidos e da correta armazenagem de água nos domicílios. Para isso, o foco de atuação principal condiz com a prática e a manutenção corretas de reservatórios,

além da destinação adequada de recicláveis, pneus, entre outros, bem como o incentivo, a promoção e a intensificação das políticas sanitárias e ambientais do município.

Componente 6 – Ações Integradas de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização social: Considerando que a condição inicial para o desenvolvimento do *Aedes aegypti* é a presença de criadouros que se encontram de diversas maneiras nos domicílios, uma população adequadamente educada e consciente sobre os riscos e as características do vetor e da doença tende a ser autônoma no combate e na prevenção à presença deste agente, ou seja, se forem aprimoradas as ações educativas para a mudança do comportamento domiciliar, as infestações tendem a diminuir e, inclusive, a se extinguir, de modo que a informação atuará de maneira decisiva para o processo.

Componente 7 – Capacitação de recursos humanos: Responsabilidade das três esferas de governo para uma ação mais integral e eficaz nas áreas de vigilâncias epidemiológica, entomológica, assistência ao doente e operações de campo. A capacitação dos profissionais possui como meta atingir um número expressivo de multiplicadores para que os preceitos da política sejam enraizados e difundidos nas três esferas governamentais mas, principalmente, nos municípios.

Componente 8 – Legislação: Baseia-se na criação de suportes normativos e diretrizes de operacionalização do combate à dengue para, por exemplo, dar suporte à criação de leis específicas que viabilizem a entrada de Agentes em imóveis fechados, abandonados ou em casos de negativa de entrada por parte de moradores. Outro suporte legal está baseado na correta destinação de pneus inservíveis, que tem como base a Resolução nº. 258/1999 do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) e que “Determina que as empresas fabricantes e as importadoras de pneumáticos ficam obrigadas a coletar e a dar destinação final ambientalmente adequada aos pneus inservíveis”.

Componente 9 – Sustentação político-social: Visa viabilizar a estrutura financeira para o desenvolvimento das ações, bem como propiciar a interlocução intersetorial necessária à implantação e execução do Programa. Dessa maneira, dentro das estratégias de execução, as reuniões com governadores, prefeitos e secretários de saúde são de extrema importância para a implementação do Programa, bem como para a determinação deste como estratégia política com objetivos e índices claros.

Componente 10 – Acompanhamento e avaliação do PNCD: Tem como característica a avaliação permanente e o acompanhamento cotidiano da implantação do PNCD desde a execução das ações até a avaliação dos resultados obtidos e eventuais correções ao longo do processo nas estratégias adotadas.

Por fim, o PNCD estipula quais os papéis (atribuições e competências) do Ministério da Saúde por meio da *Fundação Nacional de Saúde* (FUNASA), assim como define as atribuições de cada estado por meio das Secretarias Estaduais de Saúde alcançando, ainda, os municípios e suas Secretarias Municipais de Saúde.

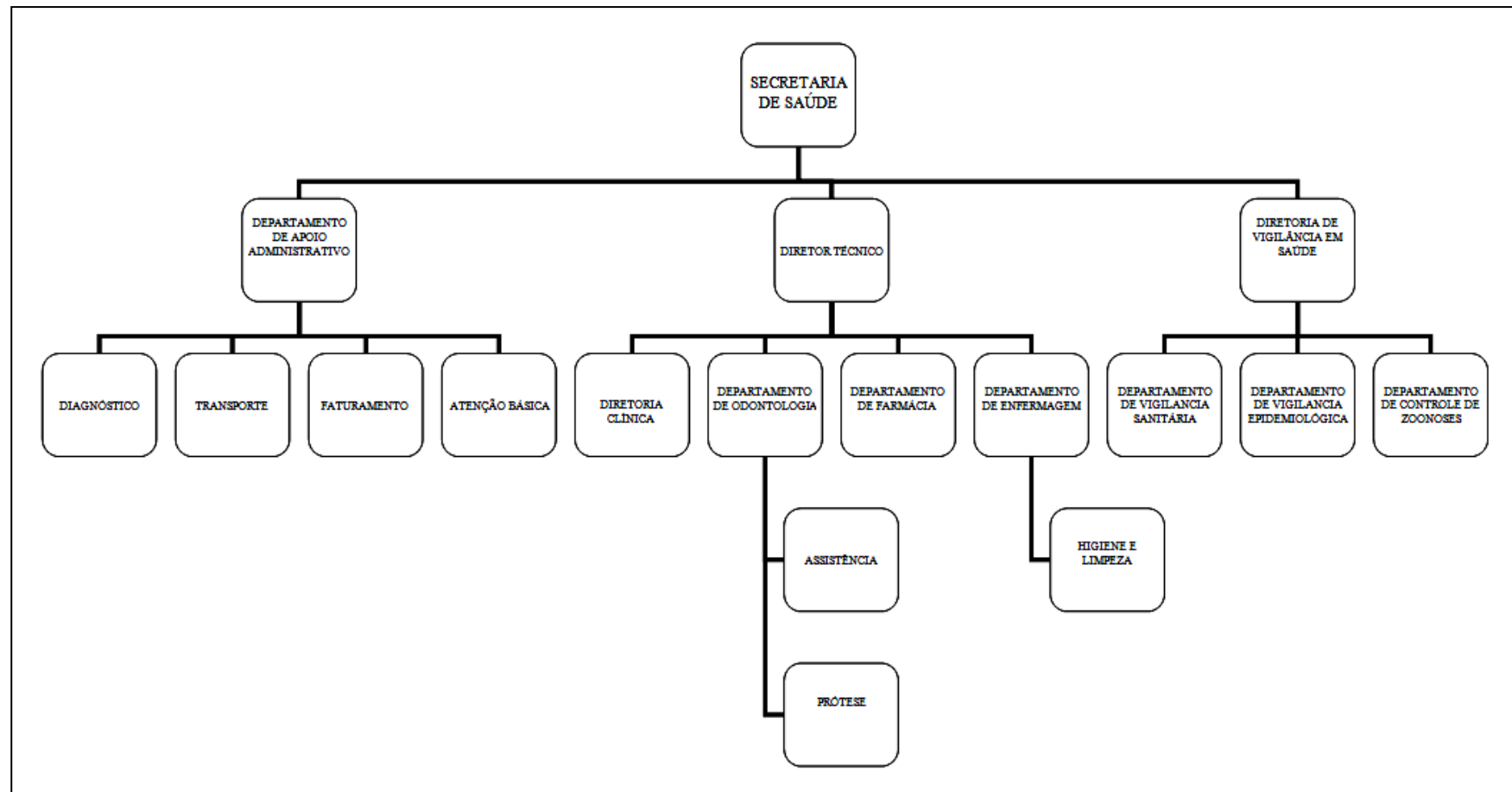
2. CARACTERIZAÇÃO DA REDE NOS MUNICÍPIOS DE PINDORAMA/SP E CATANDUVA/SP

O presente estudo efetuou um diagnóstico da estrutura organizacional de combate à dengue, bem como as atribuições baseadas nos planos municipais de combate à doença.

2.1 Estrutura organizacional do município de Pindorama/SP e rede de atores

A Prefeitura Municipal de Pindorama, devido ao pacto firmado junto à Secretaria Estadual de Saúde e ao Ministério da Saúde, é responsável pela Atenção Básica no município, ou seja, os cuidados primários para a prevenção, manutenção e recuperação da saúde. Os setores são denominados secretarias, com características específicas inerentes ao serviço a ser prestado. No caso da Secretaria de Saúde, o organograma a seguir representa sua estrutura:

Figura 1 – Organograma organizacional dos departamentos e setores vinculados à Secretaria Municipal de Pindorama/SP. Elaborado pelo autor, 2015.



Baseado no organograma da Secretaria Municipal de Saúde e as atribuições propostas o setor responsável pelo acompanhamento dos agravos à saúde é a Diretoria de Vigilância à Saúde, subdividida em três departamentos:

- Departamento de Vigilância Sanitária;
- Departamento de Vigilância Epidemiológica;
- Departamento de Controle de Zoonoses

Com base nas diretrizes do Plano Estadual de Combate à Dengue (SÃO PAULO, 2014), o município apresenta um plano de contingência para o controle da doença, o qual enumera os atores e a estrutura utilizadas pelo município.

A Vigilância Epidemiológica (VE) está localizada no Posto de Saúde Odilon Siqueira, onde são centralizadas as informações, notificações e comunicações pertinentes. Os casos suspeitos são investigados por meio de ficha específica, sendo a investigação epidemiológica de especial importância para a definição clínica e laboratorial do caso, bem como a identificação do local de infecção.

Os principais objetivos da VE no município baseiam-se na detecção precoce de casos no sistema, assim como no acompanhamento do número de doentes e na prevenção à ocorrência de epidemias. A partir da organização de discussões conjuntas com as equipes de controle de vetores e de vigilância sanitária, são elaboradas medidas que visam a redução ou mesmo o impedimento da circulação viral em momento oportuno.

A Vigilância Epidemiológica de Pindorama está baseada em 3 subcomponentes a saber: Vigilância de Casos, Vigilância Laboratorial e Vigilância Entomológica.

A. Vigilância de Casos: tem como principais objetivos a detecção em momento oportuno dos casos e a orientação sobre as medidas de controle apropriado. As ações propostas são:

- Manter o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) como único sistema de notificação de casos. Todos os casos suspeitos de dengue devem ser notificados na Ficha Integrada de Notificação (FIN) para investigação e acompanhamento do caso;

- Realizar medidas de bloqueio na área de moradia, trabalho ou escola em caso suspeito de dengue, imediatamente após a suspeita;
- A confirmação da autoctonia no município se dará a partir do resultado laboratorial positivo para dengue, pela sorologia que será colhida no sexto dia de sintomas ou por meio do antígeno NS1, até o terceiro dia após o início dos sintomas.

B. Vigilância Laboratorial: o diagnóstico laboratorial dos casos suspeitos de dengue é realizado por meio de teste de sorologia em uma única amostra de soro, obtida a partir do sexto dia da doença, colhida no laboratório municipal e encaminhado ao instituto Adolfo Lutz em São José do Rio Preto. Em caso de instalação de surto ou mesmo epidemia, realiza-se a identificação do sorotipo viral circulante, colhido no quinto dia de sintomas. Para todos os casos suspeitos, também é solicitada a coleta de hemograma e contagem de plaquetas, realizada no laboratório municipal.

C. Vigilância Entomológica: tem como objetivo o monitoramento dos índices de infestação por *Aedes aegypti*, de modo a subsidiar a execução das ações apropriadas de eliminação dos criadouros de mosquitos e a diminuição da população de insetos adultos. O controle está baseado na visita sistemática aos imóveis da área urbana, com objetivo fixado na orientação da população, na eliminação de possíveis criadouros dos vetores e na aplicação de inseticidas químicos naqueles locais onde não houver outra forma de atuação.

O Departamento de Controle de Zoonoses é responsável pelas ações de controle do vetor, tendo como peça-chave a ação junto à população, que recebe diariamente as informações dos casos suspeitos e confirmados de dengue. Cabe a este setor o controle propriamente dito das ações.

Hoje, este setor apresenta oito agentes de combate a endemias, com trabalho organizado por regiões da cidade na atividade denominada “casa a

casa”, cujo objetivo é instruir os moradores sobre a realidade da doença, a presença de criadouros e o risco da transmissão.

Uma situação que interrompe este trabalho ocorre quando da suspeita de um caso notificado pelo serviço de pronto atendimento ao supervisor do Departamento de Controle de Zoonoses, o que leva todos os agentes a outra modalidade de serviço, denominada “bloqueio”: nove quadras adjacentes ao local da ocorrência são vistoriadas cautelarmente para verificar a possível origem do foco.

Por meio de relatos do Diretor do Departamento de Zoonoses, os trabalhos de 2014 foram intensivamente voltados ao bloqueio, deixando os aspectos educativos e preventivos em segundo plano.

Uma característica importante ao analisar os surtos da doença consiste em que o “ano dengue”, de janeiro a junho, é determinado pelo ciclo epidemiológico e pelas características sazonais climáticas determinantes para o processo, porém, não é possível limitar as ocorrências e os trabalhos às características cronológicas normais. O ciclo preventivo, ou seja, a atividade casa a casa com o número atual de oito agentes, é efetuado a cada dois meses e meio em toda a cidade; no entanto, os aspectos culturais da população são imprescindíveis para a continuidade do processo de prevenção.

Observa-se que, no município, a porta de entrada para a observação e notificação da doença é o Pronto Socorro Municipal, seguido pela Vigilância Epidemiológica e, posteriormente, o Departamento de Controle de Zoonoses.

Em análise com os agentes de combate à dengue, observamos dois nós críticos ao setor e ao serviço: primeiramente, a falta de resolutividade dos setores afins, como Vigilância Sanitária, Departamento de Obras, e Departamento de Meio Ambiente; o segundo nó está voltado ao plano de cargos, carreiras e salários dos funcionários, dado que não existe o cargo regulamentado para o trabalho nestes setores, ou seja, pessoas contratadas para o cargo de Auxiliar de Serviços Gerais – cuja remuneração é de R\$ 1085,00 (um mil e oitenta e cinco reais).

A Vigilância Sanitária (VISA), em situações de risco, atua em conjunto com a Vigilância Epidemiológica e Centro de Controle de Zoonoses, fiscalizando e

mesmo atuando, normalmente com a utilização do poder de polícia conferido a este departamento.

O Departamento de Obras da Prefeitura também atua após as notificações pertinentes em conjunto: a Vigilância Sanitária lavra a documentação pertinente e este departamento efetua a coleta dos objetos considerados de risco epidêmico. Normalmente, as ações deste departamento estão relacionadas aos catadores de recicláveis.

Não existem medidas de controle específicas direcionadas ao homem, uma vez que não se dispõe de nenhuma vacina ou drogas antivirais. Desse modo, a notificação dos casos suspeitos, a investigação do local provável de infecção, bem como a busca ativa dos casos, são medidas importantes. Porém, a única garantia para que não exista a dengue é a ausência do vetor. Em Pindorama existe uma grande preocupação do monitoramento rotineiro do mosquito transmissor, a fim de conhecer as áreas infestadas e desencadear as medidas de controle. Essas medidas são baseadas na visita sistemática aos imóveis existentes em áreas de características urbanas para a orientação da população, eliminação de possíveis criadouros dos vetores e aplicação de inseticidas químicos naqueles onde não houver outra forma de atuação.

As estratégias de ações municipais são quatro:

- A. Ações de saneamento ambiental:** as ações de saneamento ambiental têm como objetivo fomentar o controle do *Aedes aegypti*, utilizando-se de medidas ordenadas capazes de eliminar os criadouros, sejam elas por meio de mudanças no meio ambiente que minimizem ou impeçam a propagação do vetor, evitando ou destruindo os potenciais criadouros, buscando garantir fornecimento contínuo de água, a coleta e a destinação adequada dos resíduos sólidos e a correta armazenagem de água nos domicílios.
- B. Ações integradas de educação em saúde, mobilização e comunicação social:** seu objetivo no município é fomentar o desenvolvimento de ações educativas para a mudança de comportamento e a adoção de práticas que mantenham um ambiente

domiciliar preservado da infestação por *Aedes aegypti*, observadas a sazonalidade da doença e as realidades locais quanto aos principais criadouros. A comunicação social tem como objetivo divulgar e informar sobre ações de educação em saúde e mobilização social, por meio dos recursos disponíveis na mídia, buscando evitar a presença e a reprodução do *Aedes aegypti* nos domicílios,.

- C. Educação e capacitação para profissionais de saúde:** os profissionais de saúde locais deverão ser sensibilizados e alertados para a identificação precoce de casos suspeitos de dengue, os quais devem ser imediatamente comunicados ao setor pertinente, para que possam ser acionadas as medidas necessárias, principalmente quanto à realização da busca ativa de novos casos e bloqueio vetorial. A capacitação profissional tem como objetivo garantir aos profissionais maior efetividade das ações nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Entomológica, assistência ao doente e operações de campo.
- D. Protocolo de Assistência ao paciente:** o paciente busca a unidade de saúde pela demanda espontânea ou, em casos de comunicantes do caso detectado, estes são orientados a procurar a unidade de saúde mais próxima. Na ocorrência de sintomas sugestivos de dengue, nenhum paciente deverá retornar sem atendimento médico.

Em caso de epidemia, a dengue deverá ter prioridade de atendimento nas unidades de saúde, de modo que o fluxo seja mais rápido e efetivo por meio das ações intersetoriais.

O paciente, quando dá entrada na unidade de saúde, é encaminhado ao repouso para o atendimento pela enfermagem, que verificará a temperatura, a pressão arterial, peso, fará prova do laço e registrará os dados em cadernetas de controle e acompanhamento ambulatorial específico para dengue.

Após o pré-atendimento, o paciente é encaminhado ao consultório, onde o médico procederá à avaliação clínica do caso e adotará a conduta apropriada, conforme protocolo de diagnóstico e tratamento clínico e fluxograma de

atendimento. O médico poderá solicitar o hemograma com plaquetas, sendo previstos dois exames por pacientes, e encaminhará o pedido juntamente ao paciente para a coleta.

A enfermagem, por sua vez, preenche a ficha de notificação/investigação epidemiológica de dengue e o pedido de sorologia. O diagnóstico sorológico é feito mediante coleta de amostra de soro a partir do sexto dia do início dos sintomas, colhido no laboratório municipal e encaminhado ao Instituto Adolfo Lutz de São José do Rio Preto.

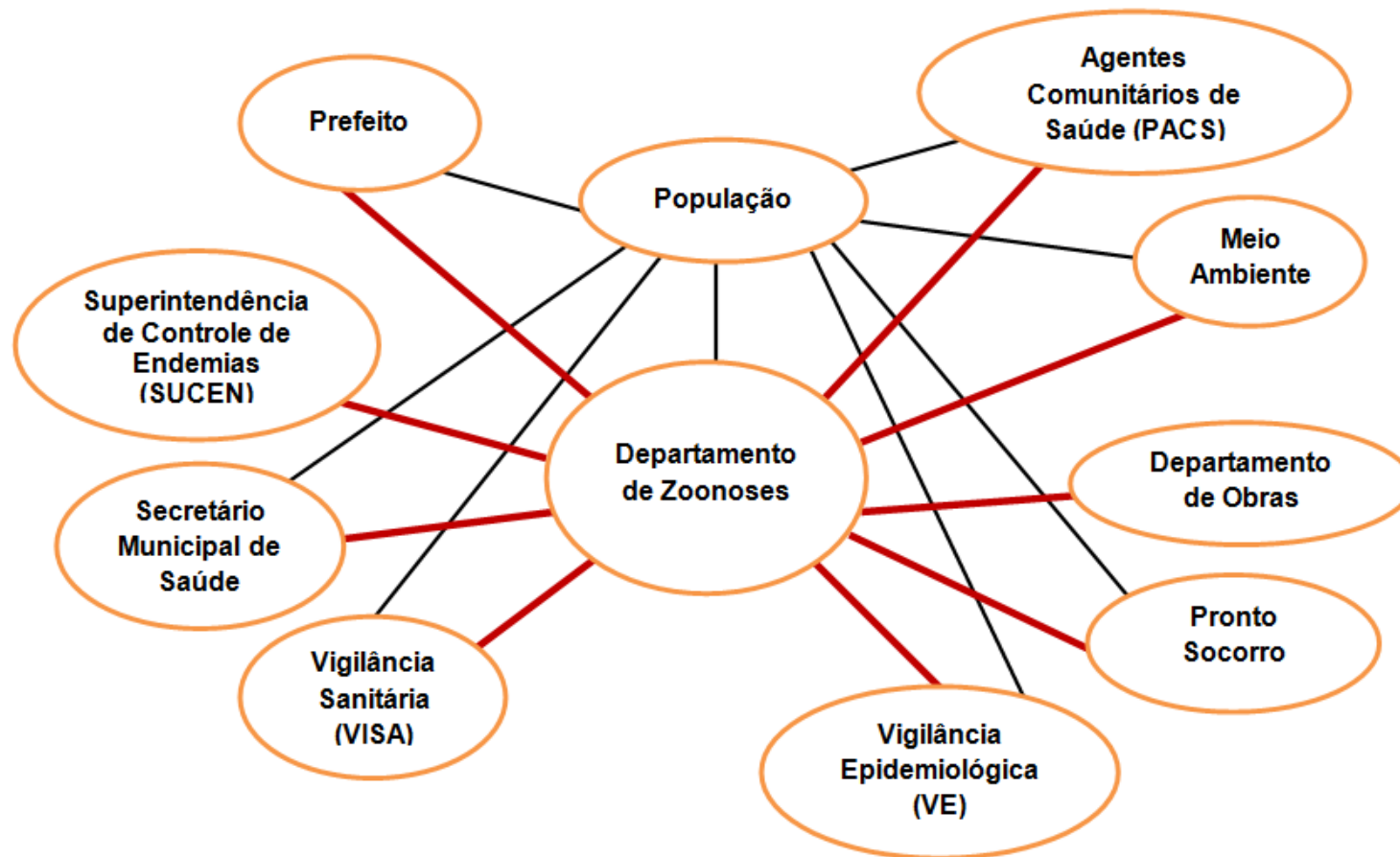
A notificação é encaminhada para a Vigilância Epidemiológica, que comunica o Centro de Controle de Zoonoses para a realização do bloqueio. O encerramento do caso se dá após o resultado da sorologia ou critério clínico epidemiológico.

2.2 Estrutura física e recursos humanos

A rede municipal de saúde está estruturada com 1 pronto socorro de funcionamento 24 horas, porta de entrada do sistema (Pronto Socorro Municipal "João Nassar"), três Unidades Básicas de Saúde (UBS) com PACS e um centro de especialidades ("Maria da Glória"). Todas as unidades de saúde do município atuam como sentinelas, com o objetivo de detectar precocemente casos suspeitos de dengue, notificá-los para imediata investigação pelo Centro de Controle de Zoonoses e bloqueio vetorial na área de residência do paciente suspeito. As Características técnicas e físicas estão descritas no apêndice C.

A figura 2 descrita abaixo representa a rede de atores do município de Pindorama, o primeiro fato constatado baseia-se na proximidade entre os atores, porém a rede é frágil, observamos que a rapidez e agilidade nas ações não ocorrem, precisando de marcações e preparos prévios muito longos, diferentemente com o que é proposto pelas diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue.

Figura 2 – Relação entre os setores, departamentos e áreas da Rede de Saúde do município de Pindorama/SP, 2015. Elaborado pelo autor.



Na verificação da rede observamos que o organograma da Secretaria Municipal de Saúde é bem conhecido e suas atribuições claras, ou seja, cada ator sabe suas obrigações e responsabilidades. Porém, devido a inoperância de alguns atores, o fluxograma acaba se perdendo, ou seja, atribuições que seriam de origem do departamento de meio ambiente, acabam sendo passadas para a vigilância sanitária, levando assim a uma bagunça no sistema.

Em análise, observamos que o principal gerador de reclamações ou necessidades na rede provém da população, que, seja pela doença, pela necessidade de remoção de entulhos ou objetos ou pela conscientização, requer do poder público o serviço necessário. Porém, este ocorre de maneira desorientada e atabalhoada.

Ainda, destaque-se que o agente centralizador das ações do Poder Público é o Departamento de Controle de Zoonoses. No entanto, devido à sua inoperância ou a limitações operacionais, busca desesperadamente a ajuda de outros setores para garantir a resolutividade do sistema.

A pesquisa demonstrou algumas características interessantes sobre os atores da rede no qual será descrito.

Com o número de 494 casos, o primeiro ator a ser comentado é a população. Com aproximadamente 16.180 habitantes, foi intensamente relatado na entrevista que a população se queixa muito das características clínicas da doença, que são dor no corpo, nuca, cabeça, articulações entre outros, e o principal espelho está nos prédios públicos. Muitos relatos baseiam-se que a prefeitura não faz o trabalho nos seus próprios prédios e cobra por meio dos agentes que estes façam em seus imóveis relatando que não adianta, pois o foco está ao lado.

Pindorama, por ser uma cidade pequena e os serviços descentralizados apresenta inúmeros pontos de atendimento, como Secretaria da Educação, Saúde, Assistência Social, Pátio de obras, entre outros e segundo a população estes acumulam recipientes com focos em potencial.

Os moradores não têm representatividade no Conselho Municipal de Saúde e não a exercem, fazendo com que as reclamações sejam passadas

exclusivamente para os profissionais responsáveis pela atenção a saúde ou os agentes.

O segundo ator relatado, devido seu grau de importância dentro do sistema, é o Departamento de Controle de Zoonoses. Este hoje encontra-se com seu quadro completo e seguindo os critérios estabelecidos pelas diretrizes nacionais, porém verificamos que a pró-atividade da responsável operacional é de suma importância para o desenvolvimento das atividades.

A responsável atua em comunicação direta com os demais setores, buscando sempre a resolutividade das equações diárias, após a busca ativa das notificações ocorre a delegação dos serviços para os agentes.

A porta de entrada do sistema é um importante ator para o processo, o Pronto Socorro Municipal atende e centraliza todos os casos, estrutura preparada com funcionários e leitos, também é o principal fomentador de informações e notificações.

A Vigilância Epidemiológica no Município atua na comunicação diária e direta, porém devido a pró atividade da supervisora do Departamento de Zoonoses, muitas vezes a informação chega pelas vias tradicionais, porém já são conhecidas. Importante salientar que a VE é detentora de informações que são desconhecidas pelos demais setores, como exemplo o Plano de Contingência Municipal.

A Sucen atua como forte colaborador das ações e dos planejamentos municipais, atua também emprestando equipamentos e inseticidas quando necessário, sendo que a proximidade com esse ator é grande.

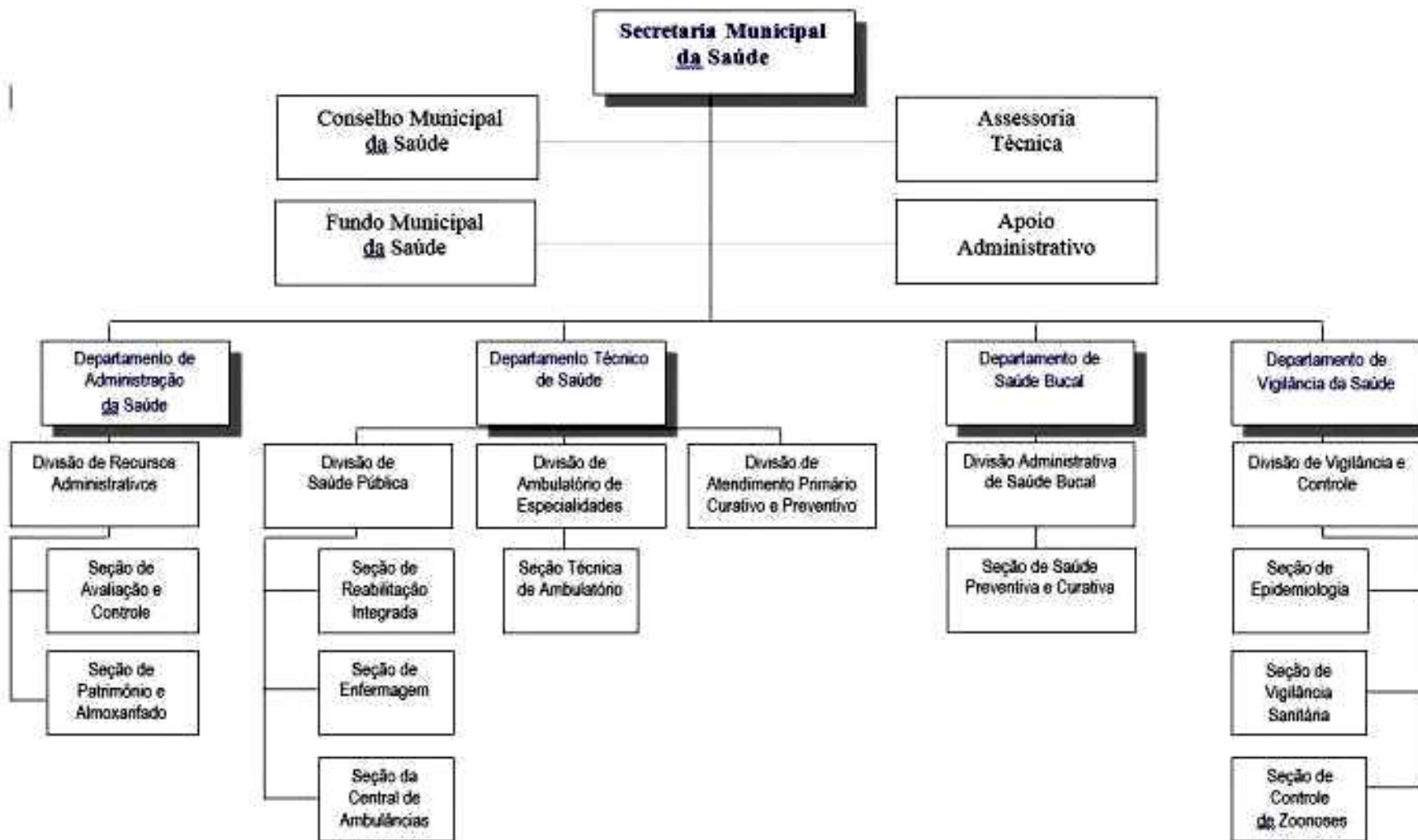
Em Pindorama existe também o Pacs que atua em parte na cobertura assistencial da cidade, a relação baseia-se no treinamento destes agentes para no momento das visitas observarem também as possibilidades de infestação por dengue.

Os Gestores Municipais, Prefeito e Secretário da Saúde são focados mais nos recursos despendidos com a doença e com a cobrança de seus subordinados por resultados do que com a própria política de saúde não apresentam para os subordinados os recursos disponíveis cabendo a eles a expertise na aplicação do montante.

Os demais departamentos da rede atuam de maneira secundária, ou seja, atendendo solicitações do Departamento de Zoonoses ou da população, cabendo destaque para A VISA Municipal que é o único órgão capaz e com competência para multar.

2.3 Estrutura organizacional do município de Catanduva/SP e rede de atores

Figura 3 – Estrutura organizacional do município de Catanduva/SP e rede de atores, 2015. Elaborado pelo autor.



No município de Catanduva, o setor responsável pelo controle do *Aedes aegypt* é o EMCAA (Equipe Municipal de Controle do *Aedes aegypt*), hierarquicamente subordinado ao DEVISA (Departamento de Vigilância em Saúde). Vale ressaltar que a Vigilância Epidemiológica do município também é subordinada ao DEVISA.

2.4 Rede física instalada

Atualmente as unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde são organizadas em:

- A. Unidades Básicas de Saúde:** são constituídas por três unidades para a realização de atendimento de atenção básica e integral à população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas de clínica geral, ginecologia e pediatria. O município de Catanduva oferece ainda assistência odontológica e outros profissionais de nível superior. As UBS, em Catanduva, atuam como porta de entrada para a notificação da dengue.

- B. Unidades Mistas:** a Unidade Mista é um estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência em regime ambulatorial. Em Catanduva, há três unidades deste tipo. Esse componente da estrutura de saúde é desenvolvido para atender especialidades médicas básicas e dar cobertura ao atendimento de urgência, no mesmo estabelecimento. A Unidade Mista deve ser programada para agrupamentos populacionais de pequeno porte, que não ultrapassem 15.000 habitantes. Essas unidades, desse modo, são utilizadas para apoio à rede de serviços, sob a coordenação da Unidade de Saúde em que está inserida.

A Unidade de Saúde Mista conta com Pronto Atendimento (PA), o que significa um atendimento contínuo da demanda de consultas e/ou procedimentos em todos os ciclos de vida. Aberto doze horas por

dia, recebe urgências e emergências em geral, sem consulta agendada. Um paciente que esta no PA pode ser transferido para um Pronto Socorro (PS), caso necessário Trata-se, portanto, de um sistema de demanda espontânea. O Pronto Atendimento atende em média 180 pacientes por dia. As Unidades Mistas fazem parte contínua no atendimento e notificação dos casos de dengue.

- C. Saúde Bucal:** segue os mesmos princípios do atendimento da UBS. No CSII, as equipes de Saúde Bucal são integrantes das Equipes de Saúde da Família (ESF), seguindo o processo de atendimento que mescla a atenção ambulatorial e o agendamento, com horário estendido no período noturno até as 21:00.
- D. UPA – Unidade de Pronto Atendimento:** atualmente, possui o atendimento 24 horas, em conjunto com o PS do Hospital Escola da Fundação Padre Albino. É responsável pelo pronto atendimento e encaminhamento quando existem necessidades cirúrgicas ou hospitalares de emergência. As Unidades de Pronto Atendimento exercem papel importantíssimo no diagnóstico e nas notificações da dengue, visto ser o serviço mais procurado e referenciado como porta de entrada para a dengue no ano de 2015. Devido à grande demanda requerida pela doença, a Secretaria de Saúde desenvolveu em um prédio escolar um hospital de campanha para atendimento e diagnóstico, visto que o serviço das unidades de pronto atendimento não estavam sendo suficientes diante do grande número de casos.
- E. Unidades de Saúde da Família:** a Estratégia de Saúde da Família é compreendida como uma política pública de Atenção Primária à Saúde, por meio da qual ocorre o primeiro contato da população com o sistema. Trata-se de uma estratégia para reorientação do modelo até então vigente, auxiliando a operacionalização dos princípios e diretrizes

do SUS e também organizando os serviços em uma rede articulada com os outros níveis de atenção.

No momento, o município de Catanduva conta com 19 Equipes de Saúde da Família. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 4 mil pessoas (mil famílias) cadastradas, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente dentro das unidades de saúde, na mobilização da comunidade e nas residências, quando o profissional realiza a visita domiciliar, por meio de um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial, que podem ser realizadas por todos os profissionais da equipe. Os profissionais envolvidos recebem treinamento global de prevenção aos riscos à saúde, incluindo cuidados de prevenção a dengue.

O município de Catanduva conta com uma população atual de 118.853 habitantes (IBGE,2014), sendo que a Estratégia de Saúde da Família apresenta, em média, uma cobertura de 54,7% do total de habitantes. Para o restante da população, há as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades Mistas. A Secretaria Municipal de Saúde tem como objetivo expandir e qualificar a Estratégia da Saúde da Família conforme pacto firmado junto ao Ministério da Saúde, visando atingir 60% da população.

Observamos que, por meio de uma coordenação mais efetiva, a força de ação do PSF poderia ser mais bem utilizada para o combate à dengue. Porém, estas ações não são realizadas de maneira integral, levando em conta as suas dificuldades operacionais.

F. Assistência Farmacêutica: o papel da Farmácia Municipal é atender as receitas provenientes das Unidades de Saúde do município de Catanduva. Com um fluxo de aproximadamente 10.000 pacientes por mês, é responsável pela distribuição dos medicamentos para as Unidades de Saúde, sendo um importante centro para a retirada dos remédios relacionados ao tratamento dos sintomas da dengue.

G. Assistência Hospitalar e Atenção a Dengue: A rede hospitalar do município possui um total de 769 leitos, divididos entre as instituições abaixo descritas.

Hospital Padre Albino (Filantrópico) – Entidade filantrópica universitária sem fins lucrativos. É capaz de atender a todos os tipos de ocorrências necessárias, ou seja, oferece assistência geral.

Hospital São Domingos S/A (Particular) – Entidade privada com fins lucrativos capaz de atender a todos os tipos de ocorrências necessárias, ou seja, oferece assistência geral. Dentre as características de assistência hospitalares, cabe a esta entidade: Nível Secundário; Médio Porte; Corpo Clínico; Sistema de Edificação Misto.

Hospital Escola Emílio Carlos (Universitário) – É uma entidade filantrópica universitária sem fins lucrativos, capaz de atender a todos os tipos de ocorrências necessárias, ou seja, oferece assistência geral.

2.5 Serviços em Saúde

A. Vigilância Epidemiológica (VE)

Em Catanduva, a Vigilância Epidemiológica desenvolve suas atividades através da informação para a ação. Tradicionalmente, tem priorizado a coleta de dados e a organização de sistemas de informação, objetivando a implementação

de ações oportunas frente a problemas prioritários que requerem intervenção imediata. Atua também para fornecer indicadores para a análise epidemiológica de tendências, possibilitando a tomada de decisão e o planejamento em saúde.

A VE também desenvolve sua atuação como órgão centralizador para as ações de combate à dengue. Toda e qualquer suspeita é encaminhada ao setor para comunicação a Equipe Municipal de Combate ao *Aedes aegypti*. A agilidade do processo e a confiabilidade das informações são importantes para efetividade da ação e do combate ao vetor.

B. Vigilância Sanitária (VISA)

Tem como principal finalidade impedir que a saúde humana seja exposta a riscos ou, em última instância, combater as causas dos efeitos nocivos que lhe forem gerados em razão de alguma distorção sanitária. Atua também na produção e na circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde. A Vigilância Sanitária, por meio da Lei Estadual nº 10.083, de 23 de setembro de 1998, ganhou grande força para o combate à dengue, visto ser o poder conferido da capacidade de aplicar multas e de atuar.

C. Centro de Controle de Zoonoses

Órgão público alocado no Departamento de Vigilância em Saúde. Tem por responsabilidade a prevenção das doenças transmitidas por animais (Zoonoses) às pessoas. Sua atuação ocorre principalmente com a prevenção e informação à população a respeito do que são, como se transmitem e como evitar as doenças provenientes dos animais. O CCZ também divulga informações a respeito de animais peçonhentos, sobre a prevenção de acidentes com os mesmos, bem como orientações e recolhimento de animais sinantrópicos.

D. EMCAa

A Equipe Municipal de Combate ao *Aedes aegypti* é um setor do Departamento de Vigilância em Saúde, fazendo, portanto, parte da Secretaria Municipal de Saúde. Foi criado em 1989 com o objetivo de combater o vetor da dengue em todo o município.

E. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência –SAMU

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um programa que tem como finalidade prestar socorro à população em casos de emergência. O SAMU realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas. O socorro é feito após chamada gratuita ao telefone 192. Com a Central de Regulação do SAMU, estabelece-se uma porta aberta de comunicação do público com o sistema de saúde, que tem o seu pedido de socorro acolhido, priorizado e atendido no menor intervalo de tempo possível, no local mais adequado à resolução do seu problema de saúde. O SAMU, através de sua Central de Regulação, funciona como um observatório privilegiado do sistema de saúde, por meio do qual pode-se identificar precocemente as principais causas de morbimortalidade e as necessidades sociais em saúde não atendidas de uma determinada comunidade ou população.

Figura 5 – Relação entre os setores, departamentos e áreas da Rede de Saúde do município de Catanduva/SP, 2015.
Elaborado pelo autor.



Com a constatação dos atores observamos que o organograma e a hierarquia também é bem determinada, o fluxograma também é bem definido conforme as demandas municipais, porém pelas características administrativas do setor, esse acaba absorvendo todas as demandas, que deveriam ser encaminhadas com mais constância para outros setores, levando muitas vezes a inoperância e baixa resolutividade do sistema.

Em análise, a rede de Catanduva demonstrou distância entre os atores, demonstrando a frágil integração entre os diferentes setores. A relação mais forte está com a população que busca a resolução do problema relacionado ao vetor da dengue, que vê no Emcaa a porta de entrada para o sistema.

Na entrevista efetuada foi possível entender a relação dos atores e o perfil que os mesmos exercem, que estaremos comentando.

A Emcaa é o principal ator do processo, mas observamos que trabalha de maneira isolada, não existe uma comunicação que favoreça o serviço entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Departamento, os Diretores trabalham de maneira desarticulada, e as informações demoram a chegar.

Dentro das características operacionais observamos uma grande deficiência tanto de recursos quanto de mão de obra, que será abordado posteriormente.

O cargo de Coordenador é um cargo estatutário e o perfil do mesmo pode contribuir para o insucesso de algumas ações.

No caso de Catanduva a função da vigilância epidemiológica é de extrema importância, visto que a cobertura do PSF é muito grande na cidade, e por apresentar unidades de pronto atendimento as portas de entrada são diversas, devendo ser um serviço ágil de comunicação.

A população é o agente gerador das informações, porém as dificuldades relatadas no artigo de Chiaravalloti (2007) como a inoperância na resolutividade do poder público também são vistos aqui.

O Emcaa apresenta um serviço de telefonia específico, porém as informações passadas dependem da subjetividade e da razoabilidade da população, interferindo diretamente para a tomada das decisões.

A Sucen órgão estadual responsável pela fiscalização dos serviços, não tem acesso ou incorporação das diretrizes no serviço, um fator que chamou atenção é que apresenta espaço físico em Catanduva, algo que facilitaria o contato, porém estes trabalham independentes, não existe nem proximidade física, apesar da estrutura do prédio poder comportar os dois serviços.

O Poder Legislativo atua mais como instrumento político, de manifestação e indignações do que como operante do sistema, apesar de existirem leis que favoreçam o controle, estas não são utilizadas.

O Ministério Público atua inicialmente como promotor da legalidade das ações principalmente em imóveis fechados, porém no ano de 2015 devido a epidemia instalada no município, solicitou a Sucen relatórios de avaliação das atividades desempenhadas pelo mesmo, com intuito de apurar a real responsabilidade do município no processo.

O Programa Saúde da Família como descrito tem uma abrangência de 54,7% no município, a integração desse serviço nas práticas de combate a Dengue já está prevista nas diretrizes nacionais, cabe sua melhor organização. o mapeamento conjunto, a determinação dos setores, devem contemplar os dois serviços.

A representação popular é algo que acontece em Catanduva, com a presença dos Conselhos Locais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, porém observou-se que estes atuam mais na cobrança dos resultados ou dos indicadores, do que na co-participação das responsabilidades, nas reuniões existentes os responsáveis são indagados, mas não se criam mecanismos de ação conjunta, a sociedade civil não é incorporada ao processo.

Os demais atores atuam como colaboradores ao processo junto ao Emcaa, como exemplo a VISA municipal multando quanto necessário.

3. ANÁLISE COMPARATIVA DAS RESPOSTAS DOS INDICADORES

Inicialmente cabe salientar que o trabalho visou a identificação da eficácia e dos entraves da utilização do PNCD no município, segundo entendimento a eficácia é atingir a meta e ou resultado para um fim proposto, caso ocorra de maneira econômica de meios ou recursos será considerado eficiente, e por fim caso não ocorra ou de maneira insatisfatórias será considerado um entrave.

Para a confecção dos questionários e dos indicadores utilizamos como descrito os 10 componentes do PNCD, cada componente apresenta um conjunto de ações que após interpretação e construção serão nossos indicadores, e cada um deles foi analisado para a elaboração das considerações finais e discutidos a seguir.

O questionário conforme descrito na metodologia, foi uma entrevista gravada, onde foram feitas as perguntas para o encarregado, dados adicionais foram captados e serviram de base para aprofundamento do tema, porém estes foram comentados de maneira espontânea pelos entrevistados.

A mesma entrevista foi efetuada com os responsáveis pelos setores. Um fator que deve ser considerado, primeiramente, diz respeito à diferença no tempo de serviço prestado por cada um. Mesmo havendo essa discrepância, nenhum é inexperiente ou desconhece o serviço, as ações a serem tomadas e seus riscos. Todavia, como notado com frequência, esbarram nos aspectos políticos e na ligação entre as diferentes instâncias dos poderes, quando as ações necessárias precisam ser efetivadas.

Inicialmente a caracterização dos atores se faz necessária dentro do organograma e da hierarquia das prefeituras, os dois atores fazem parte do nível gerencial, ou seja, captam as informações ou metas estabelecidas e repassam para o nível operacional, ou seja, tem conhecimento do que é feito e de como deve ser feito, porém não tem competência para determinar os investimentos e como serão aplicados.

No caso do gestor de Catanduva observamos uma certa confiança pois este é contratado em um cargo específico, a partir de concurso público, de encarregado da Equipe Municipal de Combate ao *Aedes aegypti*, relatando varias

vezes não ter receio político, visto que qualquer manobra caracterizar-se-ia desvio de função e por consequência ilegalidade por parte da Prefeitura.

A supervisora de Pindorama, por sua vez, atua em cargo comissionado e observamos várias vezes em seus relatos a interferência política em seus processos.

A primeira pergunta efetuada para os dois coordenadores baseava-se no conhecimento do Plano Nacional de Controle da Dengue. O coordenador de Catanduva relatou ter conhecimento, porém não concordava com as políticas propostas, pois o Brasil seria muito heterogêneo em suas características. A supervisora de Pindorama, por sua vez, não conhecia o Plano, mas seguia todas as informações orientadas pela SUCEN nas “salas de situações”, estabeleceu-se que a mesma é passiva no recebimento das políticas, contrapondo-se ao seu aspecto pró ativo de ação. Com estes dados, observamos que os dois serviços desconhecem e confundem o que é a política com seus anseios e metas e o que é supervisão do serviço de controle.

Os indicadores atuam dentro dos diversos eixos separando as ações propostas como planejamento, informação, relação, gestão, recursos humanos, recursos e infraestrutura e legalidade e as questões serão determinantes para as variáveis analíticas

Com este enfoque, passaremos para os Indicadores propostos, seu eixo na Política Nacional e suas análises comparativas.

3.1 Indicadores de Planejamento

Quadro 2 – Indicadores de Planejamento.

Questão	Eixo Política Nacional	Município de Pindorama/SP	Município de Catanduva/SP
Como é feita a distribuição e o controle dos serviços propostos no setor?	Combate ao Vetor	Busca ativa por meio de ligação diária aos serviços de saúde Municipais	Aguarda manifestação ou notificação dos serviços ou Vigilância Epidemiológica

(continua)

(continuação)

Questão	Eixo Política Nacional	Município de Pindorama/SP	Município de Catanduva/SP
Existe <i>planejamento integrado</i> nas ações de combate e prevenção da enfermidade?	Vigilância Epidemiológica	Livre demanda de serviços, não existe planejamento integrado com demais setores	Existem casos integrados, inclusive com a Promotoria, porém deve-se respeitar o tempo de cada setor
Como funciona a troca de informações para o planejamento das ações?	Vigilância Epidemiológica	Notificações não funcionam, depende do fator humano, muito informalmente	Tudo de maneira oficial (ofícios, notificações, históricos, boletins)
Como é feito o combate ao vetor sem suspeita de dengue no município?	Combate ao Vetor	Rotinas municipais do serviço, 2 meses e meio para verificar a cidade	Rotinas propostas pelo município, ciclo de visita a cada 2 meses
Como é feito o combate ao vetor com suspeita de dengue no município?	Combate ao Vetor	Endereço, mapeamento (os 9 quarteirões, “jogo da velha”, bloqueio), rescaldo.	Depende muito das respostas dos serviços afins, ampliou-se em 200 metros a área proposta pela secretaria de estado
Existe um <i>Plano de Emergência</i> em caso de epidemia?	Combate ao Vetor	Existe <i>Plano de Contingência</i> de conteúdo desconhecido	Existe <i>Plano de Contingência</i> de conteúdo desconhecido
Como é feito o mapeamento da cidade para efetuar o combate?	Combate ao Vetor	Já existia o mapa montado, porém existe a necessidade de ampliação devido à formação de novos bairros	A cidade foi dividida em 5 áreas conforme critérios operacionais e número de imóveis (mapeamento Censitário, do Correios e IBGE)
É realizado pela Prefeitura algum acompanhamento dos casos confirmados?	Assistência aos pacientes	Só dos casos notificados pelos serviços de atenção	Encaminhamento para a Vigilância Epidemiológica, que adota procedimentos próprios
Existem campanhas ou mutirões de limpeza no município?	Ações de saneamento ambiental	Sim, porém para a dengue não tem resultado, só grandes entulhos	Sim, não resolve e utilizam “a equipe para um fim sem propósito”

(continua)

(continuação)

Questão	Eixo Política Nacional	Município de Pindorama/SP	Município de Catanduva/SP
Você os considera eficientes?	Ações de saneamento ambiental	Não	Não
Existem ações em conjunto com os Conselhos locais?	Ações Integradas de educação em Saúde, comunicação e mobilização social	Não	Não
Como são realizados o acompanhamento e a avaliação do PNCD no município?	Acompanhamento e avaliação do PNCD	Confundem acompanhamento da política com supervisão do serviço	Através principalmente do Sisaedes, programa de comunicação e notificação
Como é verificado a qualidade e funcionalidade das ações no município?	Acompanhamento e avaliação do PNCD	Supervisões diretas, indiretas, apoio integrado da Sucen	Supervisores, boletim próprio, verificação "in Loco", reuniões, estudo de casos, treinamento
Quais os Índices ou indicadores mais utilizados para Isso?	Acompanhamento e avaliação do PNCD	ADL (avaliação de Densidade Larvária (Lira e Breteau)	Lira, Breteau, Sisaedes, Sinan.

* Baseado no Manual de "Normas, orientações e recomendações Técnicas para a Vigilância e controle de *Aedes aegypti* no Estado de São Paulo", que representa um roteiro das ações que devem ser realizadas e a maneira como devem ser realizadas, sendo que abordaremos a aplicação das mesmas.

Na análise inicial observamos que o planejamento baseia-se exclusivamente no serviço, o foco está na contenção da epidemia ou acompanhamento dos imóveis, não existe um planejamento para incorporação definitiva dos conhecimentos, as questões demonstraram a realidade, o serviço é feito para controle e não prevenção, e isto se dá claramente nos períodos que a dengue não é ativa, onde as estratégias deveriam ser amplamente divulgadas, acabam no esquecimento.

A SUCEN recomenda que, para qualquer ação, o primeiro passo deve ser, por meio de um mapa, efetuar a divisão da cidade em áreas, que podem conter de 1 a 5 setores, dependendo do número de imóveis existentes. Esta subdivisão

dos setores corresponde ao conjunto de imóveis a serem trabalhados por um ou mais agentes.

Nos dois municípios constatou-se a presença de uma única área. No caso de Pindorama, encontramos quatro setores, e em Catanduva, por sua vez, cinco setores. O tamanho dos setores varia conforme o município, mas é equivalente a outros setores quando comparados dentro da mesma área. A supervisora de Pindorama relatou que existem bairros que necessitam ser incorporados, porém, devido à dificuldade de efetuar um novo mapa, trabalha sem representação gráfica, ainda que de maneira organizada, incorporando estes bairros à rotina operacional.

Para relatar como é feita a distribuição do serviço de combate à dengue, verificamos aspectos distintos e interessantes, que podem ser percebidos pelas características pessoais de cada coordenador e de suas relações com os demais setores. Em Pindorama, por ser um município pequeno e de poucas unidades relacionadas ao serviço, bem como a porta de entrada ser praticamente única – o Pronto Socorro Municipal –, a supervisora atua pela busca ativa, ou seja, toda manhã efetua ligação para o PS municipal e para as outras unidades, com o fim verificar a presença de novos casos. Em posse dessa informação, faz a distribuição dos agentes em seus respectivos setores, ou os direciona para o ponto focal.

Em Catanduva o Coordenador atua de maneira mais passiva, isto é, espera a notificação para efetuar o planejamento do bloqueio. De qualquer maneira, nos dois casos existe um sistema direto de comunicação com a população.

Comparando com a política estadual, porém, entendemos que as duas maneiras de atuação estão incompletas, ou seja, a notificação por parte da Vigilância Epidemiológica deve ser rápida e precisa.

Baseado nos dias aproveitáveis e efetivamente trabalhados, em média, os dois municípios respeitam as diretrizes operacionais, isto é, efetuam a atividade de visita em toda a cidade durante aproximadamente dois meses. O preconizado é 54 dias, porém em Catanduva o coordenador citou várias vezes o fator da falta de recursos humanos para este trabalho.

Nos casos de confirmação ou suspeita de dengue, observamos que o município de Pindorama efetua as diretrizes propostas, ou seja, amplia-se a área em nove quarteirões, como um “jogo da velha”, e realiza o bloqueio. Catanduva atua mais tardiamente sobre as notificações devido a morosidade do processo na transmissão da informação por parte da Vigilância epidemiológica. Então, amplia mais 200 metros o bloqueio como garantia para a efetividade do trabalho, porém essa atitude é inoperante visto que a possibilidade de transmissão já ocorreu.

Um traço que foi comum nos dois municípios, e que despertou a atenção, foi a resposta unânime e conclusiva quanto aos mutirões de limpeza pública denominados “Cidade Limpa”. Os dois responsáveis garantem que os mutirões retiram o foco da população quanto ao caráter educativo pregado na Política Nacional de Controle da Dengue. Afirmam ainda que a população só descarta bens imprestáveis como sofás, camas, geladeiras, etc., que não são primeiramente responsáveis pelos criadouros do vetor da dengue.

Para o caso de uma epidemia, como ocorreu nos dois municípios no ano de 2015, os responsáveis foram questionados sobre a presença ou conhecimento de um plano municipal. Alegaram, porém desconhecer qualquer plano, seguindo então as diretrizes estaduais de controle. Isso é importante ser ressaltado, pois demonstra a fraqueza da rede e das ligações entre os atores, cabendo então aos cargos hierárquicos superiores a tomada isolada das decisões. Em uma pesquisa com os diretores constatei existir um plano municipal nos dois municípios.

Após a identificação dos casos, foi observado também o não acompanhamento ou a não ciência do acompanhamento por parte dos coordenadores. Quando perguntados sobre os cuidados com o paciente, ambos acreditam que são acompanhados pelo Programa Saúde da Família em Catanduva, e pelo PACS em Pindorama. Porém, os imóveis permanecem ligados à rotina normal do serviço.

O município de Pindorama demonstra claramente uma íntima relação com a SUCEN, respeitando o que é passado e seguindo as orientações à risca. Porém, existe uma dependência principalmente relacionada a equipamentos (bombas de pulverização). Esta dependência pode porventura ser prejudicial, pois a SUCEN é responsável por toda a microrregião.

Catanduva, ao contrário, atua de maneira mais autônoma. Foi observado na entrevista, no entanto, que o coordenador não concorda com o que é proposto nas supervisões, criando um clima de desconforto entre as partes, bem como discorda dos critérios utilizados nas supervisões diretas e indiretas.

Para o planejamento, são utilizados os dados obtidos pelos índices propostos pelo Plano Nacional, que são o ADL (Avaliação de Densidade Larvária), o LIRAA e o índice de Breteau. Além disso, os dados do SISAEDS (Sistema de Informação sobre o Aedes aegypti) e SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) também são visualizados.

Comparando os municípios podemos dizer que Pindorama apresenta eficiência em suas estratégias de captação de informações e distribuição de serviços, e este para Catanduva corresponde ao maior entrave devido a morosidade da informação chegar ao setor. As características pessoais e de relacionamento do Coordenador do Emcaa pode justificar tal resultado, porém a VE deveria aprimorar seus processos e sistemas de notificação.

3.2 Indicadores de Informação:

Quadro 3 – Indicadores de Informação.

Questão	Eixo política Nacional	Município de Pindorama	Município de Catanduva
Existe troca de Informações baseada nos indicadores de saúde?	Vigilância Epidemiológica	Só com a Sucen e entre o setor	Não
Tem-se conhecimento dos indicadores propostos e desejáveis?	Vigilância Epidemiológica	Não acredita que 15% aceitável	Não acredita nos indicadores, não segue padrão real, tem conhecimento
É elaborado algum trabalho educativo com os pacientes?	Assistência aos pacientes	Desde abril de 2013 não tem IEC, não.	Desconhece, só cuidados clínicos.

(continua)

(continuação)

Questão	Eixo Política Nacional	Município de Pindorama/SP	Município de Catanduva/SP
São elaborado boletins informativos de risco para as equipes?	Integração com atenção básica	Sim, passado diariamente	Não, somente conversas entre setor, maior problema prédios públicos.
Existem campanhas ambientais e prevenção a Dengue em conjunto?	Ações de saneamento ambiental	Sim, tesouraria (Holerites), carne de IPTU, último trabalho maquete, trabalhos ocasionais que partem da rede de ensino.	Sim, SAEC, Teatro para todas as idades, escolas, Igreja, CNEE, industrias, SIPAT, treinamentos semanais, agentes Mirins.
Quais os trabalhos Educativos desempenhados no município?	Ações Integradas de educação em Saúde, comunicação e mobilização social	Não realiza, sem IEC (Informação, Educação e comunicando).	Campanhas em Datas Comemorativas, Finados, Dia das Mães, Dia dos Pais, trabalho em lojas de Floricultura e paisagismos, construtoras e catadores
Quem os Desempenha?	Ações Integradas de educação em Saúde, comunicação e mobilização social	Sem serviço	Equipe de IEC, Imóveis Especiais e Pontos estratégicos.
Existe boa receptividade e reciprocidade nas ações propostas	Ações Integradas de educação em Saúde, comunicação e mobilização social	Sem serviço	Sim porém em muitos casos a população considera responsabilidade do poder público, e não deles mesmos.

(continua)

(continuação)

Questão	Eixo Política Nacional	Município de Pindorama/SP	Município de Catanduva/SP
Existe alguma estratégia diferenciada para atingir os fins educativos?	Ações Integradas de educação em Saúde, comunicação e mobilização social	Sem serviço	Comunicação e orientação constante.
Existe algum trabalho junto a mídia para a prevenção e educação?	Ações Integradas de educação em Saúde, comunicação e mobilização social	Somente nas campanhas que são entregues folhetos e o carro de som passa para falar das datas de limpeza	Dificuldade e muita burocracia com o setor da prefeitura, somente com a "imprensa Oficial"
Qual a relação e funcionamento junto ao setor de comunicação?	Ações Integradas de educação em Saúde, comunicação e mobilização social	Nenhum	Nenhum, as vezes é encaminhado alguma necessidade de informação ou ação.
Existe alguma estratégia diferenciada para a comunicação junto à população?	Ações Integradas de educação em Saúde, comunicação e mobilização social	Somente educativa	" Boca a Boca"

Quanto aos indicadores de informação, ficou muito nítido nas entrevistas como os setores trabalham desvinculados, não possuindo conhecimento dos indicadores de saúde. A troca de informação baseia-se normalmente somente no setor e com índices relacionados ao serviço. Os responsáveis foram questionados se sabiam quais eram os valores, número de casos que determinavam uma epidemia, e ambos desconheciam a classificação estadual.

Uma característica que merece destaque diz respeito a Pindorama não possuir um funcionário de IEC (Informação, Educação e Cultura), havendo um grande prejuízo nas atividades educativas da cidade.

Para as campanhas ambientais e de prevenção à dengue, observamos que os dois municípios partem para as mesmas estratégias, isto é, informativo no holerite dos funcionários, informes nas contas de água e luz para a população, carros de som (caso de Pindorama) e o trabalho educativo para os agentes.

O manual de normas e orientações da Funasa demonstra a importância essencial do acompanhamento e educação para a população. Todavia, os agentes relatam que a população reclama muito da falta de ação do poder público, considerando os prédios públicos e os terrenos baldios. No caso de Catanduva, recentemente foi amplamente discutido se o poder público poderia entrar em imóveis particulares para multar sem o conhecimento do proprietário, levando em discussão o direito de uns contra o prejuízo da maioria. A transmissão da responsabilidade do morador perante seu imóvel para o poder público também é muito relatada.

A cidade de Catanduva apresenta destaque nas campanhas educativas nas datas comemorativas, como exemplo, Finados, Dia das Mães, Dia dos Pais, e nos serviços que orbitam em torno dessas datas, como floriculturas, empresas de paisagismo e também construtoras e catadores.

Os responsáveis foram questionados sobre a mídia local, e relataram não haver nenhum relacionamento informativo. O que notam são notícias pejorativas e de preocupação com a possibilidade de epidemia. Os aspectos educacionais, em sua maior parte, são vinculados com notícias críticas à administração da cidade. Catanduva possui imprensa oficial, na qual matérias relativas à prevenção são divulgadas, porém sua abrangência é restrita.

Uma comparação sobre os aspectos de informação demonstra que o maior entrave para Pindorama é não apresentar um funcionário específico para IEC, enquanto que Catanduva executa de maneira eficaz, porém como descrito na literatura por Chiaravaloti (2007) o conhecimento não representa bons indicadores por parte da população.

3.3 Indicadores de Relação:

Quadro 4 – Indicadores de Relação.

Questão	Eixo política Nacional	Município de Pindorama	Município de Catanduva
Qual a relação com a Vigilância Epidemiológica?	Vigilância Epidemiológica	Somente por meio das notificações	Somente comunicação de casos
As equipes são integradas e bem relacionadas?	Vigilância Epidemiológica	De combate sim, para o serviço só quando tem necessidades conjuntas	Fator humano envolvido, cargos por concurso público, dificuldade no perfil, intenção estabilidade no serviço
Existe relacionamento com outros setores da prefeitura?	Combate ao vetor	Sim, porém as demandas nem sempre são atendidas. Muitos problemas com terrenos baldios	Sim, porém tem-se necessidade de um tempo para planejamento, inclusive respeitando os tempos legais
Existe Trabalho de Educação e prevenção no município?	Combate ao vetor	Sim	Sim
Existe relacionamento adequado junto a esfera Estadual e Federal?	Combate ao vetor	Sim, principalmente Sucen	Não. Estadual é impositiva, segue padrões imutáveis.
Qual os serviços Municipais de encaminhamento dos possíveis pacientes e pacientes	Assistência aos pacientes	Rede de serviços, Pronto socorro e Unidades de Saúde	UPA, pronto socorro e PSFs
É fornecido medicação aos pacientes regularmente?	Assistência aos pacientes	Sim, pela Farmácia Municipal	Sim, pelas Farmácias da Rede UBS e Farmácia Central.

(continua)

(continuação)

Questão	Eixo Política Nacional	Município de Pindorama/SP	Município de Catanduva/SP
Existe fluxograma de atendimento?	Assistência aos pacientes	Sim, determinado pelo plano de contingência e os serviços da Cidade	Sim, junto ao Departamento técnico, porém desconhece.
Existe relação integrada de ações no serviço?	Integração com Atenção básica	Sim, principalmente com PACS	Não. Trabalha dissociado ao PSF
Existe Trabalho Educativo para as equipes de PSF – Pacs?	Integração com Atenção básica	Sim, os supervisores e agentes orientam e existe ações coletivas	Sim, pontualmente
Existe relacionamento de ações junto ao Departamento de meio ambiente?	Ações de saneamento ambiental	Sim, porém tem-se necessidade de aplicação de multas efetivas.	Sim, já comentado.
Existe relacionamento de ações junto ao Departamento de água e esgoto?	Ações de saneamento ambiental	Sim, informativa conta de água.	Sim, porém o setor de registro da SAEC e do Cadastro Municipal são muito utilizados.
Quando solicitado as demandas são atendidas pelos outros setores da prefeitura?	Ações de saneamento ambiental	Sim, desde que marcado com tempo hábil	Sim desde que devidamente organizado.
Existe relacionamento junto a VISA municipal?	Ações de saneamento ambiental	Sim, único setor com capacidade de multa da saúde	Sim, inclusive nas necessidades legais
Existe ações em conjunto com a secretaria de educação?	Ações Integradas de educação em Saúde, comunicação e mobilização social	Não	Atualmente não, mas destacou ação do agente Mirim.

(continua)

(continuação)

Questão	Eixo Política Nacional	Município de Pindorama/SP	Município de Catanduva/SP
Qual a relação com o Conselho Municipal de Saúde	Ações Integradas de educação em Saúde, comunicação e mobilização social	Não tem, somente quando o responsável é chamado para responder questões.	Não, tem contato somente os diretores que, por sua vez, não retransmitem. Envia relatórios de atividades mensais
Existe trabalho junto a iniciativa privada?	Ações Integradas de educação em Saúde, comunicação e mobilização social	Sim, já foi desenvolvido uma cartilha para a empresa e designado um funcionário para averiguação de criadouros	Sim, principalmente construtoras
Existe um “feed Back” das estratégias e programas no município?	Acompanhamento e avaliação do PNCD	Não	Somente em reuniões de equipe

A Vigilância Epidemiológica é o órgão responsável pelo monitoramento e informação dos casos em um município, Estado ou país. Em Catanduva, seria de se esperar um íntimo relacionamento com o EMCAa e, no caso de Pindorama, com o Departamento de Controle de Zoonoses. Porém, os entrevistados relataram que existe apenas a transmissão da informação relacionada ao aparecimento de novos casos, isto é, o efetivo planejamento integrado não existe.

Com respeito à relação interna, ou seja, entre os funcionários do setor, Pindorama, por apresentar poucos funcionários, trabalha de maneira mais integrada e harmônica. O coordenador de Catanduva, por sua vez, devido ao grande número de funcionários, relata dificuldade com os recursos humanos, a dificuldade dos cargos serem por concurso e terem estabilidade, e ainda a dificuldade no perfil do agente, que busca muito mais a estabilidade do que o serviço em si.

Quanto ao relacionamento com os demais setores, observamos que ele existe, no entanto há a necessidade de tempo hábil para que todos se organizem, o que leva a uma demora na resolução dos problemas. Os principais atores envolvidos são: Promotoria, Vigilância Sanitária, Guarda Civil Municipal, Setor de Obras, Programa Saúde da Família e PACS.

Conforme descrito nos Indicadores de planejamento, cabe ressaltar aqui o papel da SUCEN perante os municípios. Em Pindorama, foi relatado que tudo que é sugerido é realizado, observando certo grau de dependência. Já em Catanduva, o coordenador ressalta que, por divergências com o serviço, o caráter é impositivo, seguindo “padrões imutáveis”, o que causa conflitos entre os mesmos.

Os agentes dos serviços, ainda, foram questionados sobre o que indicavam quando havia a suspeita de dengue entre munícipes. Todos foram categóricos em indicar a porta de entrada habitual, Postos de Saúde ou serviços de Pronto Atendimento.

O fluxograma de atendimento foi relatado pelos coordenadores, porém suas peculiaridades lhes são desconhecidas, fator que demonstra um relacionamento falho e uma falta de conhecimento danosa, dado que os mesmos apresentam mais de 5 anos de serviço na área.

Um fator que também despertou a atenção foi o relato de Catanduva ter baixa interação com o Programa Saúde da Família. Mesmo existindo dentro das Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue uma normativa de trabalho em conjunto, e considerando que a força multiplicada seria substancial, a interação não ocorre, dada uma perceptível falta de habilidade política entre os diretores e coordenadores. As ações, assim, limitam-se a orientações das equipes de PSF. O coordenador relata que já ocorreu um mesmo domicílio ser visitado duas vezes por dois agentes com fins diferentes, sendo que apenas um poderia cumprir o papel na conscientização da prevenção à dengue.

Uma esperança foi dada por meio do poder de multa da Vigilância Sanitária. No entanto, foi levantada a questão da disponibilidade deste setor no acompanhamento das ações. Uma atitude sugerida foi nomear para a portaria da VISA Municipal um supervisor ou agente de combate à dengue, o que faria que o

setor pudesse ter a disponibilidade de multar. Ambos os gestores, porém, acreditam que por força política isso não ocorre.

Um fator que não é aproveitado é o relacionamento com os Conselhos Municipais de Saúde e os Conselhos locais de Saúde. Nos dois municípios, a não participação popular e o não relacionamento são evidentes. Os relatos dão notícia de que os superiores participam, mas não transmitem os resultados dessas reuniões, bem como de que a população não é encorajada a atuar efetivamente no combate, ou ainda, nos casos em que é solicitada, não participa.

A iniciativa privada também é salientada nas entrevistas. No caso de Pindorama, uma grande empresa da cidade produziu uma cartilha, a qual foi entregue a todos os funcionários. Esta empresa, por ser classificada como ponto estratégico, deslocou um funcionário como interlocutor para o combate à dengue. Em Catanduva, a parceria foi feita principalmente com empresas de construção civil, consideradas também pontos estratégicos.

3.4 Indicadores de Gestão

Quadro 5 – Indicadores de Gestão.

Questão	Eixo Política Nacional	Município de Pindorama	Município de Catanduva
Qual a Relação com as Diretrizes Estaduais e federais?	Combate ao vetor	Segue orientações dos técnicos da Sucen.	Segue índices propostos
Existe Conselhos Municipais de Bairro?	Ações Integradas de educação em Saúde, comunicação e mobilização social	Não	Desconhece.
O Programa de Combate à dengue segue diretrizes, ou sofre alterações, conforme políticos?	Sustentação político Social	Variação no respaldo, vai da cabeça do gestor, atualmente tudo documentado	Sim, principalmente Diretores, imposição, falta de rede de apoio.

(continua)

(continuação)

Questão	Eixo Política Nacional	Município de Pindorama/SP	Município de Catanduva/SP
Existe uma agenda da Política pública de combate à dengue?	Sustentação político Social	“Dia a Dia”	Sim, acrescentando ações conforme necessidades e ações de outros setores.

A gestão demonstrada foi diferente para os dois municípios. Enquanto Pindorama demonstrava total subordinação às normas e condutas propostas pela SUCEN, Catanduva atuava em total liberdade de ações, tentando seguir os índices estaduais propostos.

O aspecto político também foi muito comentado. Ambos demonstraram receio sobre as ações passíveis de serem tomadas, o que ocasiona uma maior burocratização dos processos. Tudo passou a ser oficializado e registrado, até atitudes que anteriormente não o seriam, com receio de possíveis máculas na imagem dos servidores devido à possibilidade de uma epidemia.

O conceito de agenda política é deturpado nos dois municípios, vislumbrada como algo em curto prazo, não tendo a rotina e a constância necessárias.

Os coordenadores desconhecem os recursos disponíveis e onde são aplicados. Quando há necessidade destes recursos, ficam à mercê dos superiores, o que ocasiona dificuldades em efetivar algumas demandas.

O PNCD por ser desconhecido não atua como ferramenta de gestão para os dois municípios sendo um entrave marcante pois não dá aos coordenadores ferramentas de negociação e utilização dos recursos.

Um aspecto observado é que em Catanduva a forma de coordenação é impositiva e imposta, enquanto que em Pindorama é mais debatida e discutida, favorecendo a discussão dos problemas e a resolução compartilhada.

3.5 Indicadores de Recursos Humanos:

Quadro 6 – Indicadores de Recursos Humanos.

Questão	Eixo Política Nacional	Município de Pindorama	Município de Catanduva
Quantos Funcionários estão disponíveis efetivamente para o serviço?	Combate ao vetor	12, sendo 1 coordenador, 1 supervisor, 8 agentes e 2 suplementares (Imóveis especiais)	52, sendo 1 encarregado, 6 supervisores, 2 IEC, 6 motoristas, 3 braçais, 1 microscopistas e 33 agentes.
Quantos funcionários de Apoio estão disponíveis para o serviço?	Combate ao vetor	Nenhum	1 ASG, 1 telefonista, 1 administrativo.
Existe Políticas e Programas de Educação Permanente ou continuada?	Capacitação em RH	Reuniões de parte técnica, orientações para a supervisão, ou por parte da Sucen	Constantemente, ou a cada seis meses, primeiro para os supervisores, depois equipes.
Existe Capacitação e Transferência de informações por parte dos gestores estaduais e federais?	Capacitação em RH	Sim, Secretaria de Estado – Sucen.	Não tem acesso falta participação. Não sabe nível superior.
Existe Capacitação junto aos membros da sociedade e de outras pessoas envolvidas no serviço?	Capacitação em RH	Não	Empresas, Lions, maçonaria, e o trabalho casa a casa.
Existe Capacitação para as equipes de Saúde e responsáveis no atendimento?	Capacitação em RH	Conversas Cotidianas sobre os casos, mas nada específico.	Pontualmente treinamento ao PSF e equipe de Enfermagem.

Os coordenadores insistentemente reportaram a importância do fator humano para o desenvolvimento das atividades, bem como para a funcionalidade

das mesmas. Analisando este aspecto, podemos comparar o que é indicado pelas políticas e o que se tem na prática.

Nas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Dengue, observamos a indicação da proporção de 1 agente para cada 1000 imóveis, de modo que o serviço seja realizado dentro das perspectivas temporais. Seguindo essa proporção e os próprios dados da própria Prefeitura, Catanduva tem 66.000 mil imóveis cadastrados. Portanto, deveria possuir 66 agentes de combate, o que não ocorre hoje, com apenas 33 agentes, metade do número recomendado. Este fato é explicado por não haver vagas abertas e aprovadas na Câmara Municipal para a função. Quando há um surto da doença, como em 2015, o prefeito decretou estado de epidemia, e com isso conseguiu a contratação de uma empresa para auxiliar o serviço público.

Segundo o coordenador, o período que medeia entre a contratação e o treinamento destes novos agentes pode agravar o quadro epidêmico, o que de fato aconteceu em Catanduva.

O município de Pindorama, por sua vez, apresenta 7.700 imóveis cadastrados para 8 agentes de combate, respeitando, assim, as diretrizes nacionais, o que garante uma melhor distribuição dos imóveis para os agentes.

Relacionado aos funcionários de apoio no município de Pindorama, a supervisora efetua todas as tarefas normais, relativas a sua função ou não. Em Catanduva observou-se uma melhor distribuição, com maior delegação de funções.

As políticas de capacitação ou educação permanente observadas são feitas pelos próprios responsáveis, que alegam que muitas vezes ficam restritas aos seus conhecimentos. Não existem dentro da estrutura governamental estratégias de aprimoramento, sejam elas de recursos humanos ou técnicos, cabendo à esfera estadual ou federal fazê-los.

Em Pindorama, porém, parte do serviço de educação permanente é realizado, muito embora pela boa vontade seus funcionários, dada a impossibilidade de efetuar horas extras. Isso ocorre pela não existência, na cidade, de um funcionário de IEC, desde o ano de 2013.

Catanduva, por outro lado, além de possuir dois profissionais bem treinados para a função de educação permanente, os trabalhos também se estendem para a sociedade civil, mobilizando empresas, o Lions Clube, a maçonaria, etc., com a organização de mutirões, eventos em datas comemorativas, entre outras medidas.

Uma estratégia que muito recomendável, porém pouco utilizada nos dois municípios, é utilizar a força e a amplitude do PSF e do PACS, Observou-se, no entanto, no caso de Catanduva, a dificuldade de relacionamento entre as diferentes instâncias da saúde, enquanto em Pindorama ocorre uma falta de coordenação, a qual inviabiliza a efetividade de ações potenciais.

3.6 Indicadores de Recursos e Infraestrutura

Quadro 7 – Indicadores de Recursos e Infraestrutura.

Questão	Eixo Política Nacional	Município de Pindorama	Município de Catanduva
Quantos veículos estão disponíveis para o serviço?	Combate ao vetor	1 parati, 1 kombi	5 kombis, 3 ducatos, 1 saveiro, 1 gol, 1 camionete
Quantas bombas e aparelhos de combate são disponíveis para o serviço?	Combate ao vetor	1 bomba costal, está tentando terceirizar o serviço, dificuldades.	8 nebulizadores, 20 pulverizadores costais, 2 termo nebulizadores, 3 bombas portáteis.
Existem equipamentos diversos para o serviço?	Combate ao vetor	Sim	Falta programa, ou app, para ter histórico e ações integradas.
Existe PSF no Município?	Integração com atenção básica	Não	Sim, pouca relação.
Existe Pacs no Município	Integração com atenção básica	Sim	Não

Quanto à infraestrutura, os dois municípios relataram sucateamento ou falta de recursos para aquisição de equipamentos, principalmente quanto aos equipamentos efetivos no combate ao mosquito transmissor da dengue ou de apoio logístico.

Uma necessidade que chamou a atenção foi a solicitação do coordenador de Catanduva de um aplicativo para celulares, o qual permitiria a tabulação rápida e eficiente dos dados de visitas. Assim, poderiam ser rapidamente computados os imóveis fechados, a localização de agentes via GPS (sistema de posicionamento global), a trajetória dos mesmos e o tempo despendido em cada visita, ou seja, dados importantes e de registro moroso caso realizados manualmente, sem o recurso à tecnologia.

Este aplicativo poderia ser utilizado de diferentes formas para melhorar a integração com os diversos serviços da Prefeitura, por exemplo, com verificação do número de imóveis, do espaço construído, do número de habitantes, do número de animais por residência, entre outros dados.

3.7 Indicadores de Legalidade

Quadro 8 – Indicadores de Legalidade.

Questão	Eixo Política Nacional	Município de Pindorama	Município de Catanduva
Como é feita as ações em imóveis fechados?	Combate ao vetor	Próprios vizinhos fazem os apontamentos.	Setor da Prefeitura Cadastro Municipal, Saec, imobiliárias, rescaldo supervisores.
Existem leis municipais que amparam a prestação de serviços para a comunidade?	Legislação	Não, somente código de postura do município	Sim, porém não funciona. Lei nº 4.201, de 26 de abril de 2006.

(continua)

(continuação)

Questão	Eixo Política Nacional	Município de Pindorama/SP	Município de Catanduva/SP
Existem leis punitivas que garantam a prestação de serviços para a comunidade?	Legislação	Desconhece	Sim, não funciona.
Você tem conhecimento de leis estaduais ou federais que amparam o serviço?	Legislação	Não	Lei da VISA, mas não tem profundidade

Na questão dos instrumentos legais, observa-se que em Pindorama a Lei que rege e auxilia nas campanhas realizadas para o controle da doença é o Código de Postura do Município, este determina toda a postura dos cidadãos e do poder público. Porém, os funcionários desconhecem seus artigos, comentando que, sempre que necessário, solicitam ajuda diretamente para a Vigilância Sanitária Municipal.

Em Catanduva, além do apoio da VISA, por meio do Artigo 12 da Lei Estadual nº 10.083, de 23 de setembro de 1998, existe uma Lei Municipal específica para auxiliar o trabalho de contenção da doença – a Lei nº 4.201 de 26 de abril de 2006, que dispõe sobre adoção de medidas permanentes de prevenção contra a proliferação do mosquito *Aedes Aegypt*, transmissor de Dengue, e dá outras providências. Porém, existem entraves para sua aplicação, pois a equipe do EMCAA não pode aplicar as medidas preconizadas pela legislação, ficando, portanto sem resolutividade prática em suas ações.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente é importante salientar que nenhum dos municípios conhecem os preceitos do PNCD, todas as ações são norteadas por informações diretas ou indiretas das diretrizes nacionais de ação, portanto a pesquisa buscou reconhecer por meio dos questionários os componentes e a traçar um paralelo com a mesma.

Relacionado ao número de casos de dengue e aos resultados, podemos dizer que, apesar de insatisfatórios, Pindorama levou vantagem por apresentar um sistema mais simples com maior interligação entre os atores do que Catanduva.

As tomadas de decisões e a rapidez de ação também foram marcantes para o melhor resultado operacional. Vários outros aspectos que determinaram a eficácia e os entraves serão considerados a seguir.

Com base na classificação da Secretaria Estadual de Saúde, os dois municípios encontram-se, no ano de 2015, em situação crítica relacionada à incidência de dengue (BRASIL, 2015). Pindorama encontra-se em situação de alerta, ou seja, 20% de incidência da doença com base no valor estabelecido para seu porte populacional segundo critérios da Secretaria Estadual de Saúde, 2012. Catanduva, por sua vez, está em situação de emergência, tendo atingido 10% de incidência sobre o valor estabelecido para o seu porte populacional. A situação, claramente exposta pela mídia, levou este município a desenvolver um local de atendimento diferenciado (Hospital de Campanha), devido à insuficiência das Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais.

Analisando o organograma das duas Secretarias Municipais de Saúde observamos características funcionais interessantes, o primeiro aspecto está no conhecimento entre a rede e suas relações, nos dois municípios a rede, o organograma e fluxograma são bem definidos e conhecidos, ou seja, todos sabem suas atribuições e responsabilidades, bem como de outros atores, e aí que os problemas surgem.

Em Pindorama observou-se que alguns setores são mais ativos do que outros, como exemplo cito a Vigilância Sanitária e o departamento de Meio Ambiente. O departamento de meio ambiente apresenta dificuldades em suas

execuções, portanto por proximidade e resolutividade as demandas deste setor são encaminhadas para a VS, levando a disfunções e inoperâncias na rede.

Comparativamente em Catanduva constatou-se que o conhecimento também se faz presente, porém, devido as características administrativas e do coordenador o setor trabalha de maneira isolada, quando poderia coletivamente construir melhores resultados, e este setor acaba em muitos casos assumindo responsabilidades de outros atores.

O primeiro aspecto marcante e diferencial entre as duas estruturas de rede está no aspecto da proximidade e na relação entre os atores envolvidos. No caso de Catanduva este aspecto atuou como um entrave negativo de relevância para a resolução e tomada de ações. As características de relacionamento deste ator demonstraram inviabilidades bem como o isolamento da resolução dos problemas.

Verificamos que em Pindorama os atores estão muito mais interligados, mesmo sendo de maneira informal e não respeitando aspectos burocráticos. A ação pessoal da supervisora em busca da informação sobre a doença torna o processo de combate mais eficiente.

A desarticulação em Catanduva, ao contrário, é visível, tornando muito burocráticas as ações, levando à demora nas mesmas, mesmo quando estas exigem rapidez e comprometimento. Fator desfavorável também ocorre quando se analisam serviços excepcionais e de grande abrangência no município, como o Programa Saúde da Família.

Analisando as variáveis analíticas de planejamento, salientamos que no caso de Pindorama as ações, quando previamente organizadas, atuam para atendimento de uma demanda específica. No caso dos serviços rotineiros, a supervisora por iniciativa própria obtém todas as informações por telefone e, baseando-se nestas informações, planeja suas ações ou mantém a rotina de trabalho.

Catanduva segue um padrão de trabalho, porém o recebimento das informações dos serviços municipais é lento, o que retarda o processo. Como exceção, ressalte-se o trabalho do “Disk Dengue”, que mostrou-se um importante meio de comunicação com a população.

Nos dois municípios o planejamento é fortemente embasado nas Diretrizes Nacionais de Combate à Dengue, estipulado pelo Ministério da Saúde. No entanto, variações ocorrem, principalmente em Pindorama, no tocante a interferências governamentais, o que se revelou um entrave relevante para o processo.

Em Catanduva notamos uma desarticulação nas tomadas de decisões. Conforme o encarregado salienta, “muitas vezes não participamos das tomadas de decisões”, o que demonstra a má verticalização das ações e a ausência de comunicação entre as instâncias.

Relatos sobre as ações planejadas e efetuadas em conjunto demonstraram uma dificuldade quanto ao tempo necessário para elas serem efetivadas. No caso do Ministério Público, há a necessidade de esperar o efeito legal, o que retarda o processo. Outro fator relatado baseia-se na ausência de prioridade quanto aos serviços relacionados ao combate à dengue em relação a outros setores do poder público.

Baseado na Política Nacional de Controle da Dengue, observou-se o desconhecimento de seus eixos e diretrizes. O foco dos serviços está na busca ativa, com base nas diretrizes de ação e não nas metas de realizações. Assim, a agenda não é bem definida e seguida pelos municípios e, como descrito acima, sofre interferências políticas.

As variáveis relacionadas à informação demonstraram grandes diferenças entre os municípios. Catanduva apresenta uma equipe bem constituída de IEC, a qual desenvolve campanhas em escolas, sociedade civil, maçonaria, Lions clube, entre outros. Nas datas comemorativas, como Dia das Mães, Dia dos Namorados, Finados, etc., fazem um forte trabalho de divulgação, principalmente no tocante à correta conservação de vasos e flores.

Em Pindorama, devido à vacância do cargo de IEC desde abril de 2013, as ações são comprometidas, ficando o trabalho de educação restrito ao atendimento casa a casa.

Duas características comuns e relevantes estão no foco de informação para a população. Os dois responsáveis frisaram que a comunicação sempre está ligada aos aspectos negativos, ou seja, em ressaltar a crise, com o foco da mídia

no problema e na culpabilização do poder público. Desse modo, os aspectos educativos ou demonstrativos acabam ficando em segundo plano, vitimando a população e retirando o potencial do poder público de atuar a contento.

A segunda característica comum diz respeito à solicitação do serviço por parte do Departamento de Controle de Zoonoses e EMCAA. Ou seja, a população delega a estes serviços a limpeza de seus quintais ou terrenos, demonstrando claramente, por um lado, a necessidade urgente de campanhas educativas, bem como, por outro, a responsabilização de cada ator no processo.

A diferença mais evidente e marcante entre os dois municípios diz respeito aos indicadores de relação. Pindorama acata as recomendações e orientações do órgão estadual (SUCEN), tendo-o como principal referência para as ações. Em Catanduva, as desavenças são comuns, e a falta de sinergia dificulta o serviço.

Relacionado ao PSF ou PACS, notamos que nos dois municípios as ações não são integradas. Segundo os relatos, ocorre a dissociação entre estes serviços e o de combate à dengue, com agentes atuando separadamente, ainda que o PSF e o PACS também devam ter função destacada na prevenção à proliferação do vetor.

Para Catanduva, especialmente, a integração seria primordial para o combate, visto que o PSF tem como meta 60% de cobertura na cidade. Caso ela ocorresse, o trabalho poderia ser muito mais eficaz.

Nas variáveis de gestão, observamos que ambos os responsáveis desconhecem os recursos que possuem ou podem ser investidos. Desse modo, ficam à mercê de uma possível sensibilização do gestor público, quando da necessidade de realizar alguma ação que demande certa soma de recursos.

A participação popular nos órgão de gestão conjunta inexitem, isto é, o Conselho Municipal de Saúde ou os conselhos locais não atuam na tomada de decisão ou no auxílio às ações, com exceção dos momentos de crise, nos quais estes são convocados para verificar a ineficácia do sistema.

Com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, Pindorama apresenta número adequado de funcionários para o serviço. Porém, falta treinamento e equipe de apoio para os aspectos administrativos. Em Catanduva, por outro lado, o número adequado de agentes seria de 60, contando hoje, porém, com 33.

Percebe-se, portanto, a insuficiência do número para a cobertura da cidade no período determinado pelo regimento. Outro fator comentado diz respeito à falta de perfil e aos mecanismos de contratação, os quais engessam o sistema, sobretudo quando o funcionário adquire a estabilidade.

Neste ano, devido ao número de casos, o prefeito de Catanduva decretou estado de emergência, o que possibilitou a contratação de uma empresa para auxiliar no serviço. No entanto, os funcionários não tinham conhecimento suficiente para as ações, considerando ainda que o treinamento demanda um tempo relevante, em especial durante períodos de excepcionalidade devidos à epidemia.

No tocante aos recursos e à infraestrutura, as afirmações foram as mesmas para os dois municípios: falta de veículos e bombas de pulverização. Uma característica que chamou a atenção, no entanto, diz respeito ao comentário realizado pelo responsável do setor no município de Catanduva, o qual solicitou um aplicativo de celular próprio para os agentes, no qual todas as informações seriam coletadas e registradas *online*, facilitando seu acesso e agilizando o registro em relação, sobretudo, ao mapeamento e gerenciamento das atividades. Esse aplicativo poderia em um futuro próximo ser utilizado mesmo por outros serviços da prefeitura, como, por exemplo, no mapeamento imobiliário.

Quanto à responsabilidade legal, observamos que devem ser criados mecanismos de melhoria contínua que atuem de maneira mais rápida e conjunta, de modo que o poder público assuma sua responsabilidade para que a população não seja prejudicada.

Este estudo demonstrou que há muito a fazer e aprimorar quanto aos serviços públicos, bem como a necessidade da inserção da população no processo decisório e de atuação quanto às medidas tomadas. Enquanto a população não for integralmente inserida no processo, e educada para isso, sempre será sujeita ao acaso e ao desconhecimento das atitudes necessárias para a contenção da doença.

Ao poder público, porém, cabe o papel de ser o agente principal da mudança, não mero atendente das demandas emergenciais em saúde, que

ocorrem, em situações de emergência, pela destacada ausência de conscientização e trabalho preventivo.

5. REFERENCIAS

AZEVEDO, S. Políticas públicas: discutindo modelos e alguns problemas de implementação. In: SANTOS Jr., O. A. et al. (Org.). **Políticas Públicas e Gestão Local**: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro: FASE, 2003. p. 92-114.

BORJA, J. Planejamento urbano. In: FISCHER, T. *et alii* (Orgs.). **Gestão Contemporânea, cidades estratégicas e organizações locais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas/FGV. 1997.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em 05/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Evolução temporal das doenças de notificação compulsória no Brasil 1980-1998. **Boletim Eletrônico Epidemiológico - Edição Especial**. Brasília (DF): Funasa, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD**. Brasília (DF): FUNASA, Jul. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pncd_2002.pdf>. Acesso em: 27/06/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Dengue: decifra-me ou devoro-te**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3940.pdf>>. Acesso em: 28/10/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portal Brasil. **Saúde investe mais R\$ 150 milhões para ações de combate à dengue no País**. 2015a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/05/saude-investe-mais-r-150-milhoes-para-acoes-de-combate-a-dengue-no-pais-1>>. Acesso em: 7 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue e febre chikungunya até a Semana Epidemiológica 15, 2015. **Boletim Epidemiológico**, v. 46, n. 14, mai. 2015b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/04/2015-016---Boletim-Dengue-SE15-2015.pdf>>. Acesso em 20/05/2015.

BUCCI, M. P. D. O conceito de Política Pública em Direito. In: Bucci, Maria Paula Dallari. **Políticas Públicas**: Reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2002.

CATANDUVA (SP), Prefeitura do Município de Catanduva. **História, fundação e ocupação**. Disponível em: <<http://www.catanduva.sp.gov.br/conteudo/link/1666>>. Acesso em: 11/03/2015.

CHIARAVALLLOTI NETO et al. O Programa de controle do dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil: dificuldades para a atuação dos agentes e adesão da população, **Caderno De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, jul. 2007, p. 1656-1664.

DIAS, Larissa B. A. et al. Dengue: transmissão, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento. **Medicina**, Ribeirão Preto, Brasil, v. 43, n. 2, jun. 2010, p. 143-152. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/171>>. Acesso em: 18/07/2015. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v43i2p143-152>.

FLEURY, S. El desafio de la gestión de las redes de políticas. **Revista Instituciones y desarrollo**, n. 12-13, 2002, p. 221-247. Institut International de Gobernabilidad de Catalunya, Barcelona, Espanha.

FREY, K. Crise do Estado e estilos de gestão municipal. **Lua Nova**, n. 37, 1996, p. 107-138.

_____. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas. **Planejamento e Políticas públicas**, v. 21, 2000, p. 211-259.

_____. Desenvolvimento sustentável local na emergente sociedade em rede: o potencial das novas tecnologias da informação e comunicação na formação de redes comunitárias. **Revista de Sociologia e Política**, Paraná, n. 21, 2003. p.165-185.

_____. Governança interativa: uma concepção para compreender a gestão pública participativa? *Política & Sociedade*. **Revista de Sociologia e Política**, Paraná, v. 1, n. 5, 2004. p.117-136.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Informações completas - Catanduva/SP. In: _____. **IBGE – Cidades**. 2014a. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=351110>>. Acesso em: 11/02/2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Informações completas - Pindorama/SP. In: _____. **IBGE – Cidades**. 2014b. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=353810&search=sao-paulo|pindorama|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 11/02/2015.

LOIOLA, E.; MOURA, S. Análise de redes: uma contribuição aos estudos organizacionais. In: FISHER, Tania. **Gestão contemporânea, cidades estratégicas e organizações locais**. Rio de Janeiro: FGV, 1997. p. 53-68.

MULLER, P. **Les politiques publiques**. 5. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2003, p. 127.

PINDORAMA (SP), Prefeitura do Município de Pindorama. **Histórico do Município de Pindorama**. Disponível em: <<http://www.pindorama.sp.gov.br/administracao/1/historico-do-municipio>>. Acesso em: 17/03/2015.

RANGEL, Maria Ligia. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle-propostas inovadoras. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 12, n. 25, abr./jun. 2008, p. 433-441. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114105018>>. Acesso em: 18/07/2015.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano estadual de vigilância, e controle de dengue / 2012–2013**. 2012. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Plano%20Dengue%202012-%202013%20aprovado%20BIPA.pdf>>. Acesso em: 18/09/2013.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano de vigilância, prevenção e controle da dengue do Estado de São Paulo / 2014–2015**. 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/materiais-de-comunicacao/dengue/plano_da_dengue_16_10_-_formatacao.pdf>. Acesso em: 19/09/2013.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde, Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). **Plano de ações para o controle da dengue no Estado de São Paulo / 2013–2014**. 2014. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/zoo/pdf/dengue13_Plano2013-2014.pdf>. Acesso em: 18/09/2013.

SCHATZMAYR, Hermann G. Dengue situation in Brazil by year 2000. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 95, supl. 1, p. 179-181, 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762000000700030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24/06/2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02762000000700030>.

SILVA Jr., J. B.; COELHO, G. E.; VILARINHOS, P. T.; PIMENTA Jr., F. G. Dengue in Brazil: current situation and control activities. **Epidemiological Bulletin**, Pan American Health Organization – PAHO, Washington DC, v. 23, n. 1, 2002, p. 3-6.

SILVA, N. J. R. et al. Dinâmicas de desenvolvimento da piscicultura e políticas públicas no Vale do Ribeira, Estado de São Paulo. **Caderno de Ciências e tecnologia**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 139-151, 2005.

SILVA, N. J. R. et al. Modelo teórico de análise de Políticas Públicas e desenvolvimento: um exemplo de aplicação na piscicultura. **Rev. de Economia Agrícola**, São Paulo, v. 54, n. 2, p. 43-66, jul./dez. 2007.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 08/08/2015.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da Saúde, epidemiologia social e capital social: interrelações e perspectivas para a saúde pública. **Caderno de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out. 2004.

TEIXEIRA, M. G.; BARRETO, M. I.; GUERRA, Z. Epidemiologia e medidas de prevenção do Dengue. **Inf. Epidemiol. SUS**, v. 8, n. 4. Brasília (DF), dez. 1999.

6. APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário com respostas abertas aplicado aos gestores do *Serviço de Controle da Dengue* dos municípios de Pindorama/SP e Catanduva/SP. Elaborado pelo autor, 2013.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO AMBIENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA – UNIARA / 2013

MESTRANDO: ROGERIO KEIDEL SPADA

ENTREVISTA COM GESTORES:

Qual seu conhecimento sobre a política do *Programa Nacional de Controle da Dengue* (PNCD) e como o programa é ou não desenvolvido no município?

Tema 1 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Qual a relação com a Vigilância Epidemiológica?
2. Existe troca de informações baseada nos Indicadores de Saúde?
3. Existe planejamento integrado nas ações de combate e prevenção da enfermidade?
4. As Equipes são integradas e bem relacionadas?
5. Como funciona a troca de informações baseada no planejamento para as ações?
6. Tem-se conhecimento dos indicadores propostos e desejáveis?

Tema 2 - COMBATE AO VETOR

7. A estrutura física é adequada para o planejamento das ações e reuniões de trabalho?
8. Como é feita a distribuição e o controle dos serviços propostos no setor?
9. Como é feito o combate ao vetor sem suspeita de dengue no município?
10. Como é feito o combate ao vetor com suspeita de dengue no município?
11. Quantos funcionários estão disponíveis efetivamente para o combate a dengue?
12. Quantos veículos são disponíveis para o serviço?
13. Quantas bombas e aparelhos de combate estão disponíveis no município?
14. Quantos funcionários de apoio estão disponíveis para o serviço?
15. Existe um *Plano de Emergência* em caso de epidemia?
16. Existem equipamentos diversos para o serviço (computadores, impressoras, etc.)?

17. Como é feito o mapeamento da cidade para a efetivação das ações de combate e controle da dengue?
18. Existe relacionamento com outros setores da prefeitura?
19. Existe trabalho de educação e prevenção no município?
20. Como são feitas as ações em imóveis fechados?
21. Qual a relação das ações hoje em andamento com relação às diretrizes das esferas estadual e federal?
22. Existe um relacionamento adequado junto a estas esferas (estadual e federal)?

Tema 3 - ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES

23. Quais os serviços municipais de encaminhamento aos possíveis pacientes e pacientes?
24. É realizado pela prefeitura algum acompanhamento dos casos confirmados?
25. É fornecida medicação aos pacientes regularmente?
26. É elaborado algum trabalho educativo com os pacientes?
27. Existe um fluxograma de atendimento a ser seguido?

Tema 4 - INTEGRAÇÃO COM ATENÇÃO BÁSICA (PACS/PSF)

28. Existe PSF no município?
29. Existe PACS no município?
30. Existe relação integrada de ações no serviço?
31. Existe trabalho educativo para as equipes de PSF e PACS?
32. São elaborados boletins informativos de risco para as equipes?

Tema 5 - AÇÕES DE SANEAMENTO AMBIENTAL

33. Existe relacionamento de ações junto ao Departamento de Meio Ambiente?
34. Existe relacionamento de ações junto ao Departamento de Água e Esgoto?
35. Existe relacionamento de ações junto à Vigilância Sanitária?
36. Quando solicitado, as demandas são atendidas pelos outros setores da Prefeitura?
37. Existem campanhas ambientais e de prevenção à dengue em conjunto?
38. Existem campanhas ou mutirões de limpeza no município?
39. Você os considera eficientes?

Tema 6 - AÇÕES INTEGRADAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

40. Existem ações em conjunto com a Secretaria de Educação?
41. Quais os trabalhos educativos desempenhados no município?
42. Quem os desempenha?

43. Existem boas receptividade e reciprocidade nas ações propostas?
44. Existe alguma estratégia diferenciada para atingir os fins educativos?
45. Qual a relação com o Conselho Municipal de Saúde?
46. Existem Conselhos municipais de Bairro?
47. Existe algum trabalho junto à mídia local para a prevenção e a educação contínuas?
48. Existe relacionamento de ações junto aos Conselhos locais?
49. Qual a relação e o funcionamento junto ao setor de Comunicação?
50. Existe alguma estratégia diferenciada para a comunicação junto à população?
51. Existe trabalho conjunto com a iniciativa privada para o combate e o controle da dengue?

Tema 7 - CAPACITAÇÃO EM RECURSOS HUMANOS

52. Existem políticas e programas de educação permanente ou continuada?
53. Existem capacitação e transferência de informações por parte dos gestores estaduais e federais?
54. Existe capacitação junto aos membros da sociedade e de outras pessoas envolvidas no serviço?
55. Existe capacitação para as equipes de Saúde e responsáveis no atendimento?

Tema 8 - LEGISLAÇÃO

56. Existem Leis Municipais que amparam a prestação de serviços para a comunidade?
57. Você tem conhecimento de Leis Estaduais ou Federais que amparam o serviço?
58. Existem leis de caráter punitivo que garantam a prestação de serviços para a comunidade?

Tema 9 - SUSTENTAÇÃO POLÍTICO-SOCIAL

59. O programa de combate à dengue no município segue diretrizes próprias ou sofre alterações conforme ocorrem mudanças políticas?
60. Existe uma agenda da política pública de combate à dengue?

Tema 10 - ACOMPANHAMENTO/AVALIAÇÃO DO PNCD

61. Como é realizado o acompanhamento e a avaliação do PNCD no município?
62. Existe um *feedback* das estratégias e programas no município?
63. Como são verificadas a qualidade e a funcionalidade das ações no município?
64. Quais os índices ou indicadores mais utilizados para isso?

APÊNDICE B – Quadro com as perguntas do questionário aberto (Apêndice A) organizadas conforme indicadores propostos para a posterior análise dos dados obtidos visando a determinação da eficácia, efetividade e eficiência de cada variável analítica. Elaborado pelo autor, 2013.

Tipo de indicador	Questões	Temas
Indicadores de Planejamento	3 e 5	1) Vigilância epidemiológica
	8, 9, 10, 15 e 17	2) Combate ao vetor
	24	3) Assistência aos pacientes
	38 e 39	5) Ações de saneamento ambiental
	48	6) Ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social
	61, 63 e 64	10) Acompanhamento/avaliação do PNDC
Indicadores de Informação	2 e 6	1) Vigilância epidemiológica
	26	3) Assistência aos pacientes
	32	4) Integração com atenção básica (PACS/PSF)
	37	5) Ações de saneamento ambiental
	41, 42, 43, 44, 47, 49 e 50	6) Ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social
Indicadores de Relação	1 e 4	1) Vigilância epidemiológica
	18, 19 e 22	2) Combate ao vetor
	23, 25 e 27	3) Assistência aos pacientes
	30 e 31	4) Integração com atenção básica (PACS/PSF)
	33, 34, 35 e 36	5) Ações de saneamento ambiental
	40, 45 e 51	6) Ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social
	62	10) Acompanhamento/avaliação do PNDC

(continua)

(continuação)

Indicadores de Gestão	21	2) Combate ao vetor
	46	6) Ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social
	59 e 60	9) Sustentação político-social
Indicadores de Recursos Humanos	11 e 14	2) Combate ao vetor
	52, 53, 54 e 55	7) Capacitação em recursos humanos
Indicadores de Recursos e Infraestrutura	12, 13 e 16	2) Combate ao vetor
	28 e 29	4) Integração com atenção básica (PACS/PSF)
Indicadores de Legalidade	20	2) Combate ao vetor
	56, 57 e 58	8) Legislação

APÊNDICE C – Tabelas contendo número de leitos e relação de servidores municipais vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Pindorama/SP. Elaborado pelo autor, 2013.

Tabela 1 – Distribuição de leitos no município de Pindorama/SP, 2015.

Unidade de Saúde	Número de leitos
Pronto socorro municipal	10 leitos
UBS Marino Aprígio- Jd das Palmeiras	2 leitos
UBS – Distrito de Roberto	2 leitos
Centro de especialidades	-
Centro de saúde II Prefeito Odilon Siqueira	-

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Pindorama/SP.

Tabela 2 – Relação de servidores municipais vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Pindorama/SP, 2015.

Função	Quantidade de profissionais	Função	Quantidade de profissionais
Médico plantonista	3	Biomédica	1
Médico clínico geral	5	Técnico de laboratório	1
Médico cardiologista	1	Dentista	8
Médico pneumologista	1	Diretor da VISA	1
Médico urologista	1	Agente sanitário	2
Médico vascular	1	Farmacêutico	3
Médico otorrinolaringologista	1	Psicólogo	2
Médico ortopedista	1	Fisioterapeuta	2
Médico psiquiatra	1	Fonoaudiólogo	2
Médico dermatologista	1	Assistente social	1
Médico neurologista	1	Protético	1
Médico veterinário	1	Técnico de Raio-X	1
Médico ginecologista	3	Recepcionista	10
Médico pediatra	4	Diretor VE	1
Enfermeiro	15	Secretário de saúde	1
Técnico de enfermagem	14	Diretor técnico de saúde	1
Auxiliar de enfermagem	7	Auxiliar administrativo	2
Motorista	15	Agentes de combate	8

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Pindorama/SP.

APENDICE D – Tabelas contendo dados sobre as Características estruturais, os serviços, e as técnicas ofertadas pela Secretaria Municipal de Catanduva/SP. Elaborado pelo autor, 2013.

Tabela 3 – Distribuição de parte dos 769 (setecentos e sessenta e nove) leitos hospitalares existentes na Rede Municipal de Catanduva/SP, 2015.

Nome da instituição	Perfil	nº. leitos particulares/convênio	nº. leitos SUS	Subtotal
Hospital Padre Albino	Filantrópico	99	222	321
Hospital São Domingos S/A	Particular	55	55	110
Hospital Escola Emílio Carlos	Universitário	-	200	200

Tabela 4 – Número de estabelecimento de saúde existentes na Rede Municipal de Catanduva/SP, 2015.

Tipo de estabelecimento	Municipal	Privada	Total
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	23	-	23
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	4	56	60
Consultório Isolado	-	171	171
Farmácia Medic. Excepcional e Prog. Farmácia Popular	2	-	2
Hospital Especializado	-	2	2
Hospital Geral	-	3	3
Policlínica	2	-	2
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	-	19	19
Unidade de Vigilância Sanitária	1	-	1
Unid. Móvel Pré Hospitalar -Urgência/Emergência	1	-	1
Total	33	251	284

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Catanduva/SP.

Tabela 5 – Número de leitos disponíveis no município de acordo com suas especialidades. Catanduva/SP, 2015.

Descrição	Leitos existentes	SUS	Não SUS
CIRÚRGICO			
Cardiologia	5	4	1
Cirurgia Geral	75	45	30
Ginecologia	6	4	2
Nefrologiaurologia	7	6	1
Neurocirurgia	10	8	2
Oftalmologia	2	0	2
Oncologia	3	2	1
Ortopedia traumatologia	22	17	5
Otorrinolaringologia	1	1	0
Plástica	15	15	0
Subtotal	146	102	44
CLÍNICO			
Aids	8	8	0
Cardiologia	41	37	4
Clinica Geral	75	47	28
Hematologia	3	3	0
Nefrourologia	12	10	2
Neurologia	21	21	0
Oncologia	3	2	1
Pneumologia	27	22	5
Subtotal	190	150	40
COMPLEMENTAR			
UTI Adulto - Tipo I	12	-	12
UTI Adulto - Tipo II	30	29	1
UTI Pediátrica - Tipo II	6	6	0
UTI Neonatal - Tipo II	5	5	0
UTI De Queimados	3	3	0
Subtotal	56	43	13

(continua)

(continuação)

Descrição	Leitos existentes	SUS	Não SUS
OBSTÉTRICO			
Obstetria Cirúrgica	28	14	14
Obstetria Clínica	13	1	12
Subtotal	41	15	26
PEDIÁTRICO			
Pediatria Clínica	34	27	7
Subtotal	34	27	7
OUTRAS ESPECIALIDADES			
Psiquiatria	172	152	20
Subtotal	172	152	20
HOSPITAL DIA			
AIDS	2	2	0
Subtotal	2	2	0
Total Clínico/Cirúrgico	336	252	84
TOTAL GERAL	641	491	150

Tabela 6 – Equipamentos especializados e disponíveis no município de acordo com suas especialidades. Catanduva/SP, 2015.

	Equipamento	Total
Diagnóstico por Imagem (53 equipamentos)	Gama Câmara	1
	Mamógrafo com Comando Simples	4
	Mamógrafo com Estereotaxia	1
	Raio X até 100 mA	5
	Raio X de 100 a 500 mA	8
	Raio X mais de 500mA	2
	Raio X Dentário	3
	Raio X para Densitometria Óssea	3
	Raio X para Hemodinâmica	3
	Tomógrafo Computadorizado	4
	Ressonância Magnética	1

(continua)

		(continuação)
	Equipamento	Total
Diagnóstico por Imagem (53 equipamentos)	Ultrassom Doppler Colorido	3
	Ultrassom Ecógrafo	9
	Ultrassom Convencional	2
	Raio X com Fluoroscopia	4
Infraestrutura (8 equipamentos)	Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	4
	Grupo Gerador	4
Equipamentos por métodos ópticos (17 equipamentos)	Endoscópio das Vias Respiratórias	1
	Endoscópio das Vias Urinárias	1
	Endoscópio Digestivo	2
	Equipamentos para Optometria	4
	Laparoscópio/Vídeo	2
	Microcópico Cirúrgico	7
Equipamentos por métodos gráficos (14 equipamentos)	Eletrocardiógrafo	12
	Eletroencefalógrafo	2
Equipamentos de manutenção da vida (90 equipamentos)	Bomba/Balão Intra-Aórtico	4
	Bomba de Infusão	7
	Berço Aquecido	3
	Bilirrubinômetro	1
	Desfibrilador	13
	Equipamento de Fototerapia	3
	Incubadora	5
	Marcapasso Temporário	5
	Monitor de ECG	11
	Monitor de Pressão Invasivo	4
	Monitor de Pressão Não-Invasivo	8
	Reanimador Pulmonar/AMBU	17
	Respirador/Ventilador	9

(continua)

(continuação)

	Equipamento	Total
Outros equipamentos (17 equipamentos)	Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	4
	Aparelho de Eletroestimulação	5
	Equipamento para Audiometria	3
	Equipamento de Circulação Extracorpórea	2
	Equipamento para Hemodiálise	1
	Forno de Bier	2
Equipamentos de odontologia (244 equipamentos)	Equipo Odontológico Completo	48
	Compressor Odontológico	28
	Fotopolimerizador	32
	Caneta de Alta Rotação	49
	Caneta de Baixa Rotação	49
	Amalgamador	32
	Aparelho de Profilaxia c/Jato de Bicarbonato	6