

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

GUSTAVO RODRIGUES PETTERLE

**O contexto organizacional do Sistema Municipal de Saúde de
Barra do Bugres-MT na implementação de Programa de
Hanseníase**

CUIABÁ

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

GUSTAVO RODRIGUES PETERLE

**O contexto organizacional do Sistema Municipal de Saúde de
Barra do Bugres-MT na implementação de Programa de
Hanseníase**

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde e Sociedade

Orientadora: Professora Doutora Maria Angélica dos Santos Spinelli

CUIABÁ

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Petterle , Gustavo Rodrigues

O contexto organizacional do Sistema Municipal de Saúde de Barra do Bugres-MT na implementação de Programa de Hanseníase, 120p.: il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal do Mato Grosso – Área de concentração: Saúde e Sociedade.

Orientadora: Spinelli, Maria Angélica dos Santos.

1. XXX. 2. XXX. 3. XXXX.

*Dedico este trabalho à minha mãe, Elena, por seu amor;
aos meus filhos Bruno e Júlia, pela espera;
à Idevânia, pelo apoio nesta jornada.*

AGRADECIMENTOS

Ao final deste caminho, um olhar para a jornada que representou a realização deste estudo me faz entender que os momentos de certezas e incertezas por que passamos se constituíram no processo de amadurecimento da pesquisa, e, principalmente em oportunidades de crescimento em virtude do apoio daquelas pessoas que se importaram com esta conquista e se dispuseram a fazer parte dela. Na impossibilidade de agradecer a todas essas pessoas, como gostaria, agradeço à algumas, na intenção de fazê-lo a todas:

a Professora Dra. Maria Angélica dos Santos Spinelli, pela dedicação e competência com que se concentrou em minha orientação;

a Professora Dra. Wildce da Graça Araújo Costa, pela cooperação e principalmente pela contribuição na correção da direção em busca de um caminho;

a Professora Marta Gislene Pignatti, pela cooperação e por suas contribuições para o aperfeiçoamento deste estudo;

a Professora Dra. Maria Ceci A. Misoczky, pelas suas contribuições para a reorientação teórica, e pelo aceite deste trabalho em sua vida acadêmica;

a Maria Selia, pelo ampla colaboração e empenho para a realização deste estudo;

aos profissionais de saúde de Barra do Bugres, entrevistados, pela colaboração e pelas informações prestadas;

aos professores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso que, com empenho e qualificação, reconstruíram o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFMT, garantindo a qualidade desse curso de mestrado;

ao professor João Henrique Gurtler Scatena, pelo seu empenho e competência na Coordenação desse Programa de Pós-Graduação;

a Dra. Eliane Ignotti, pela colaboração e pelas informações prestadas;

aos técnicos da Área Técnica em Hanseníase da SES/MT, pela cooperação e pelas informações dadas;

a Jurema e Ailton, Técnicos Administrativos da secretaria do ISC/UFMT, pela presteza e dedicação em seus serviços ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva;

a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, pelo apoio na realização deste estudo.

“Não há nada que seja maior evidência de insanidade do que fazer a mesma coisa dia após dia e esperar resultados diferentes...”

Albert Einstein

RESUMO

PETTERLE, GR. O contexto organizacional do Sistema Municipal de Saúde de Barra do Bugres-MT na implementação de Programa de Hanseníase. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso, 2006.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuiu para a formação de diferentes contextos organizacionais, despertando crescente interesse em melhor conhecer essas interações na implantação dos programas de saúde. Nesse sentido, este estudo descreve o contexto organizacional do sistema de saúde do município de Barra do Bugres – MT, relacionando-o com a implementação do programa “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”. Este estudo utiliza da abordagem contingencial das organizações e fundamenta-se na lógica de que o contexto de implantação pode interferir nos efeitos de uma intervenção. Utilizou-se de dados primários, obtidos através de entrevistas com o gestor da saúde e com os agentes implementadores do programa, e de dados secundários, obtidos através de documentos públicos. Verificou-se que a descentralização, o conjunto de recursos e programas para atenção básica e a política estadual de saúde, em Mato Grosso, constituíram elementos formadores de condições facilitadoras da implementação do programa no município. O Tolerância Zero destacou-se pelos seus aspectos inovadores de gestão, desencadeando mobilização política e social para a intensificação das ações que integram o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. O município dispõe dos meios técnicos e estruturais favoráveis à implementação do programa, destacando-se uma rede de serviços de saúde bem estruturada e uma importante adesão do gestor municipal e dos profissionais ao programa. Por outro lado, a suspensão do Tolerância Zero foi considerado um fator limitador da implementação do programa de Hanseníase, assim como as limitações de alguns processos de gestão da SMS, dentre os quais a falta de autonomia

financeira. Essas limitações não impediram o município de expandir significativamente seus serviços de saúde, o que foi garantido por meio da ampliação dos gastos em saúde. As qualidades do gestor e de sua equipe de saúde no ato do trabalho, por meio de boa infra-estrutura de serviços, garantidas por recursos financeiros e tecnológicos do SUS, constituíram-se em fatores do contexto organizacional capazes de garantir o desempenho do município no programa de Hanseníase.

Palavras Chaves: contexto organizacional, gestão em saúde, hanseníase.

ABSTRACT

PETTERLE, GR. The organizational context of the city of Barra do Bugres's health system in the implementation of the project "Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase". Dissertation (Master) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso, 2006.

The implementation of *Sistema Único de Saúde (SUS)* contributed to the formation of different organizational contexts, awakening increased interest in better knowing these interactions of the establishment of health programs. In this direction, this study describes the organizational context of the city of Barra do Bugres's health system in *Mato Grosso*, relating it with the implementation of the project "*Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase*". The analysis is based on the contingent approach of the organizations and is based on the logic that the establishment context can intervene with the outcome of an intervention. It used primary data, obtained through interviews with the health manager and the implementing agents of the program; and secondary data, obtained through public documents. It was verified that the decentralization, the sets of resources and the State politics of health in *Mato Grosso* were elements that promoted conditions to the implementation of the program in the city. The *Tolerância Zero* stood out for its innovative administrative aspects, unleashing political and social mobilization to intensify the actions that integrate the *Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase*. The city has favorable technical and structural means available to the program's implementation, standing out: a well-structured health services network and a very important adhesion of the city and professionals of the program. On the other hand, the suspension of the *Tolerância Zero* was considered a restricting factor of the implementation of the Hansen's Disease program., as well as the restrictions of some administration processes

of the *Secretaria Municipal de Saúde*, amongst which is the lack of financial autonomy of the health department. These restrictions did not restrain the city from significantly expanding its health services, which was guaranteed by the amplification of expenses in health. The quality of the manager and his health team at the job, through good infrastructure of services, guaranteed by financial and technological resources of the *SUS* constituted factors of the organizational context capable to guarantee the performance of the city in the program of Hansen's Disease.

Keywords: Hansen's Disease, health manager, organizational context.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

Lista de Quadros

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Lista de Siglas

APRESENTAÇÃO	20
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
1.1 Estudos do contexto organizacional nas análises de implantação	27
1.2 Abordagem contingencial e política das organizações	30
2 METODOLOGIA DA PESQUISA	41
2.1 Tipo de estudo	42
2.2 Local de estudo	43
2.3 Desenvolvimento da pesquisa.....	43
3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM MATO GROSSO E O PROJETO TOLERÂNCIA ZERO	46
3.1 A implementação do Sistema Único de Saúde e das Normas Operacionais Básicas	47
3.2 A configuração do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso	51
3.3 O financiamento do Sistema Único de Saúde	57
3.4 O projeto “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”	58
4 A ORGANIZAÇÃO DO SUS EM BARRA DO BUGRES.....	63
4.1 Condições econômicas e sociais da população de Barra do Bugres ..	64
4.2 Organização da rede de serviços de saúde em Barra do Bugres.....	67
4.3 Estrutura organizacional e gestão da Secretaria de Saúde em Barra do Bugres	70

4.3.1 Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde..	70
4.3.2 Decisões e processos de direção.....	72
4.3.2.1 A condução das unidades de saúde	73
4.3.3 O planejamento	75
4.3.4 Mecanismos de acompanhamento e controle	78
4.3.5 A gestão de recursos financeiros	80
4.3.6 Gestão de pessoas	82
4.4 A implementação do programa de hanseníase em Barra do Bugres ..	85
5- DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	102
Anexo I - Os indicadores de Hanseníase nos municípios prioritários	109
Anexo II – Instrumento de coleta de dados	113
Anexo III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	116

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01-** Prevalência da Hanseníase nos Municípios prioritários – MT, 2001 - 2003 112
- Figura 02-** Coeficiente de detecção de Hanseníase em Municípios prioritários – MT, 2001 - 2003 113
- Figura 03-** Percentual de cura de Hanseníase em Municípios prioritários – MT, 2001 - 2003 114

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Critérios de prioridade: Projeto Tolerância Zero	60
Tabela 02- Evolução dos indicadores de Longevidade, Mortalidade e Fecundidade, Barra do Bugres, 1991 e 2000	64
Tabela 03- Evolução dos níveis educacionais da população Jovem, Barra do Bugres, 1991 e 2000	65
Tabela 04- Evolução do níveis educacionais da população adulta (25 anos ou mais), Barra do Bugres, 1991 e 2000	65
Tabela 05- Evolução dos indicadores de Renda, Pobreza e Desigualdade, Barra do Bugres, 1991 e 2000	66
Tabela 06- Evolução dos indicadores de acesso a serviços básicos. Barra do Bugres, 1991 e 2000	66
Tabela 07- Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Barra do Bugres, 1991 e 2000	67
Tabela 08- Comparação Consolidado SIOPS: Cuiabá, Tangará da Serra e Barra do Bugres, 2003.	81
Tabela 09- Pessoal por Perfil Profissional e Área de Atuação	84

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização para Internação Hospitalar
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CER	Central Estadual de Regulação
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRR	Central Regional de Regulação
DAHW	Deutsche Lepra – und Tuberkulosehilfe e.V (Associação Alemã de Assistência aos Hansenianos e Tuberculosos)
DN	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
EC	Emenda Constitucional
ECD	Epidemiologia e Controle de Doenças
ERS	Escritório Regional de Saúde
ESP	Escola de Saúde Pública
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GM	Gabinete Ministerial
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NOAS	Norma Operacional de Assistência

NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCN	Programa de Combate às Carências Nutricionais
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PES	Plano Estadual de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PQT	Poliquimioterapia
PSF	Programa de Saúde da Família
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos Notificáveis
SINASC	Sistema de Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TGS	Teoria Geral de Sistemas
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UCT	Unidade de Coleta e Transfusão
USF	Unidade de Saúde da Família

Apresentação

APRESENTAÇÃO

As mudanças na política de saúde brasileira, com a implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliaram significativamente o papel de estados e municípios na gestão e financiamento das ações e serviços de saúde no país, desencadeando novos desenhos institucionais, marcados pela ampliação da participação social e pela intensificação das relações intergovernamentais entre os entes federados.

Esse processo de mudança vem forjando o SUS, por meio de uma série de diretrizes que visam a transformação das condições sócio-sanitárias do país, e pela ação do Estado organizado para a promoção do bem-estar social.

A configuração do SUS, marcada por uma descentralização operacional e política, na instância municipal, inaugurou um processo complexo de implementação de políticas públicas, marcado pela superposição de duas dimensões em uma mesma realidade geográfica, ou seja, a malha estruturada de serviços de saúde superpõe-se às estruturas institucionais e às práticas culturais e políticas (VIANA, 2000).

Para que o processo de descentralização se consolide na perspectiva da solidariedade, da cooperação e da autonomia entre entes federados, há consenso das instâncias gestoras do SUS em aprofundar as discussões que levem a um Pacto de Gestão (BRASIL, 2004). Seu objetivo imediato seria a qualificação do processo de gestão do SUS com repercussões diretas na organização do sistema e melhoria do seu desempenho.

Os processos de gestão do SUS, em diferentes contextos organizacionais, têm sido contemplados nas avaliações em saúde (HARTZ, 1997; FELISBERTO et al., 2002; CARVALHO et al., 2004), demonstrando o interesse crescente dos pesquisadores do campo

da Saúde Coletiva em melhor conhecer as interações nas implantações dos programas de saúde.

Compartilhando esse interesse, este estudo descreve o contexto organizacional do Sistema de Saúde do Município de Barra do Bugres – MT, relacionando-o com a implementação do projeto “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”. Esse município foi escolhido para a realização do estudo por estar entre aqueles classificados como de maior prioridade - prioridade 1 - daquele projeto e por ser o único que, no ano de 2002, alcançou todas as metas previstas, ou seja, as metas de prevalência, detecção e cura, conforme Anexo I.

O projeto “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”, lançado em junho de 2001 pelo Governo do Estado de Mato Grosso, teve por objetivo reduzir a prevalência da hanseníase para menos de 1 caso a cada 10.000 habitantes até o ano de 2005. O projeto consistia na execução de ações estratégicas de mobilização política dos municípios, educação em saúde e capacitação de recursos humanos, com vistas à intensificação da operacionalização das diretrizes do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, de forma articulada com uma política de expansão da cobertura do Programa de Saúde da Família (MATO GROSSO, 2002).

Não se pretendeu fazer análise integral da implantação desse programa de saúde, como proposto por Hartz (1997), mas, sim, aprofundar-se no estudo do contexto organizacional e da gestão do sistema de saúde do município onde ocorreu a implantação. Os contextos são componentes da análise de implantação de uma intervenção, segundo proposto por Denis e Champagne (1990). O contexto organizacional, interno à organização, refere-se à estrutura, à cultura organizacional e às relações políticas na organização (PETTIGREW, 1996).

Hartz (1997, p.26), citando Navarro, aponta que a eficácia de uma intervenção depende de como ela está inserida “dentro de uma estrutura e de um conjunto de relações de poder que dão seu sentido e importância”.

Parte-se do pressuposto de que a configuração do contexto organizacional no qual se deu a implantação do programa, juntamente com os aspectos da gestão, contribuíram positivamente para os resultados exitosos obtidos pelo município de Barra do Bugres.

No âmbito dos aspectos organizacionais e administrativos, Denis e Champagne (1997) também defendem o uso de uma perspectiva política, na qual os interesses particulares dos atores influenciam na organização, determinando dificuldades e facilidades ligadas à implantação de uma intervenção, considerando-se o processo de implantação como “jogos de poder” organizacional.

Dada a natureza política dos processos decisórios e considerando as características sistêmicas das organizações em determinado ambiente, a abordagem administrativa e a perspectiva política da análise podem coexistir no modelo teórico e analítico proposto. Hartz (1993), baseando-se em Champagne (1991), Chanlat (1983) e Morin (1990), demonstrou que os diferentes modelos teóricos refletem dimensões complementares, nas quais uma avaliação deve inspirar-se.

Para a análise do contexto organizacional, optou-se pela abordagem sugerida por Denis e Champagne (1997) que, a partir da Teoria das Organizações, propõem a utilização de um modelo contingencial para o estudo dos contextos organizacionais.

Para a análise da estrutura organizacional e de seus processos de gestão, adotou-se a Teoria da Contingência Estrutural. No âmbito deste paradigma, segundo Donaldson (1998, p.105), “(...) não há uma estrutura organizacional única que seja altamente efetiva para todas as organizações. A otimização da estrutura variará de acordo com determinados fatores, tais como a tecnologia, estratégia da organização e seu tamanho.” O autor aponta que a

organização ótima é contingente a esses fatores, que são denominados fatores contingenciais. A busca pela adequação da organização a seus fatores contingenciais é feita pelos processos de gestão da mudança organizacional.

Para o estudo do contexto organizacional do sistema municipal de saúde, sob a perspectiva contingencial, valorizaram-se os saberes em gestão como tecnologias que permitem a ação nos terrenos da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho, colocando esse saber como tecnologia central.

O problema de pesquisa, aqui abordado, trata de uma questão que extrapola o programa de hanseníase, pois busca descrever o contexto organizacional do sistema de saúde de um município. A expansão do conhecimento acerca dos contextos organizacionais e políticos no âmbito do SUS, quando disponível aos gestores previamente à própria elaboração das intervenções, permite potencializar as possibilidades de êxito na implantação de políticas e programas de saúde.

O objetivo geral deste estudo é descrever o contexto organizacional do sistema municipal de saúde de Barra do Bugres, relacionando-o com a implementação do Projeto “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”.

Como objetivos específicos, pretendeu-se:

- caracterizar a normalização das macropolíticas que regem o processo de descentralização do SUS, nos âmbitos federal e estadual;
- caracterizar o sistema municipal de saúde, privilegiando seu contexto organizacional;
- caracterizar a implementação do projeto “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”, em Barra do Bugres;
- identificar os fatores facilitadores e limitadores da implementação do projeto.

Este estudo aborda questões pertinentes à organização e à gestão do sistema municipal de saúde, relacionando as macropolíticas federal e estadual, destacando os componentes estratégicos definidores da descentralização, dentre os quais, as formas de financiamento, gestão do sistema de saúde, regionalização e mudança no modelo de atenção. A pesquisa também aborda as características da rede física dos serviços de atenção básica e de referências, destacando as características do contexto organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, sob o enfoque contingencial, abordando as macro-funções de gestão (decisões e processos de direção; formulação e planejamento das políticas; mecanismos de acompanhamento e controle; gestão dos recursos humanos e financeiros).

Este trabalho está organizado em cinco capítulos. O capítulo 1 apresenta a fundamentação teórica, buscando resgatar os processos de análise de implantação de programas de saúde e os fundamentos da Teoria da Contingência Estrutural, como base para o entendimento dos processos adaptativos das organizações.

O capítulo 2 trata da trajetória metodológica adotada, procurando caracterizar os processos utilizados para a obtenção dos dados.

O capítulo 3 aborda o processo de descentralização do SUS em Mato Grosso e o projeto Tolerância Zero, discutindo a implementação das Normas Operacionais Básicas no país e em Mato Grosso, caracterizando o projeto e mostrando sua inserção na política estadual de saúde.

O capítulo 4 apresenta a organização do Sistema Único de Saúde em Barra do Bugres, descrevendo o contexto organizacional do sistema municipal de saúde e contextualizando as condições econômicas e sociais da população municipal. Aborda a estrutura organizacional e a rede de serviços de saúde, contemplando as funções gestoras de planejamento, financiamento e coordenação do sistema de saúde e do programa de hanseníase.

O capítulo 5 discute o caso estudado, dialogando com alguns autores da área de Saúde Coletiva, demonstrando relações entre aspectos das macropolíticas, do contexto organizacional e do processo de implementação do programa no município.

Fundamentação Teórica

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Estudos do contexto organizacional nas análises de implantação

No modelo de análise dos processos de intervenções em saúde proposto por Hartz (1997), é dada uma atenção especial aos contextos de implantação como meio indispensável à execução das avaliações em saúde. Esse modelo de avaliação vem em reação ao modelo “caixa preta”, que não leva em conta a explicação dos fenômenos por concentrar-se nos efeitos observáveis (CONTANDRIOPOULOS, CHAMPAGNE, DENIS e PINEAUT, 1997).

No âmbito do controle da hanseníase, o Ministério da Saúde utiliza instrumentos que não subsidiam a análise do processo das intervenções empregadas nacionalmente para a eliminação da endemia (MOREIRA, 2002), focando os efeitos, a variação dos indicadores, e não considerando os processos que desencadearam esses efeitos.

Essa avaliação, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, pode ser caracterizada como do tipo “caixa preta”, conforme foi descrito por Denis e Champagne (1997). Nesse modelo, a avaliação é tratada como se a intervenção apresentasse pouca ou nenhuma variação ao ser introduzida, como se fosse imune às influências das características dos meios nos quais ela é implantada.

Segundo Denis e Champagne (1997), a análise da implantação consiste em especificar o conjunto de fatores que influenciam os resultados de uma intervenção. Essa análise, quando especificadas as condições de produção dos efeitos, aumenta o potencial de generalização das pesquisas avaliativas pelo princípio da explicação.

Hartz (1997) aponta que a eficácia de uma intervenção depende de como ela está inserida dentro de uma estrutura e de um conjunto de relações de poder, que dão seu sentido e

importância. A esse respeito, Denis e Champagne (1997) afirmam que a análise de implantação visa a entender os determinantes e influências nas variações dos efeitos das intervenções, bem como suas condições e processos. O termo “efeitos de uma intervenção” exprime as suas conseqüências e resultados sobre uma dada realidade.

De acordo com Hartz *et al.* (1997), os estados de saúde resultam de um conjunto de fatores condicionantes que operam na sociedade e acarretam, no seio dos diversos grupos sociais, diferentes riscos ou perfis de morbi-mortalidade. No âmbito do conjunto de fatores condicionantes dos estados de saúde, pretendendo demonstrar que a implantação de um programa está condicionada pelas políticas de saúde, pela disponibilidade de tecnologia e pelo sistema organizacional no qual o programa está inserido, destacando, assim, a importância do contexto organizacional para a implantação das intervenções, a autora estabeleceu três níveis de análise da ação dos serviços sobre os problemas de saúde e seus fatores de risco:

- nível de análise singular, relacionado ao diagnóstico e tratamento de patologias específicas;
- nível de análise particular, representado pelas intervenções de saúde organizadas em torno de grupos-alvo;
- nível de análise global, que trata dos problemas de saúde em uma perspectiva histórica, cultural e social em que estão incluídas as políticas de saúde.

Contribuindo decisivamente para o aperfeiçoamento das avaliações em saúde, Denis e Champagne (1997) estabeleceram três componentes para a análise de implantação:

- análise das influências do contexto no grau de implantação das intervenções, ou seja, as intervenções variam quanto ao seu grau de implantação devido às influências do contexto;
- análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados, em que a integridade das medidas previstas na intervenção (exemplo: a integralidade dos componentes de um programa de saúde) que, se afetada, seja por modificações nas recomendações técnicas, seja por outras alterações nas medidas propostas, compromete a eficácia do tratamento (intervenção);
- análise da influência nos efeitos observados decorrentes da interação entre o contexto de implantação e a intervenção.

Denis e Champagne (1997) definem interação como a contribuição simultânea ou a interdependência entre dois fatores na produção de efeitos. Na interação do tipo sinérgico o efeito conjunto de dois fatores é superior ao efeito produzido pela adição dos fatores tomados separadamente. Já em uma interação entre dois fatores antagônicos, o efeito individual de um fator é bloqueado ou diminuído pela presença de um outro. Ou seja, na introdução de uma intervenção, os fatores contextuais podem contribuir para aumentar ou reduzir os efeitos produzidos. Esses fatores subdividem-se em externos e internos ou organizacionais.

Para o seu estudo, Denis e Champagne (1997) propõem, a partir da teoria das organizações, modelos que possam contribuir para a descrição do contexto organizacional no âmbito das análises de implantação, defendendo a viabilidade do emprego de uma perspectiva contingencial e política para a análise das organizações. Sob essa abordagem, a compreensão das questões organizacionais e de suas dificuldades não se limita à análise da ineficácia dos processos de planejamento ou dos sistemas de controle.

Na seção a seguir, é apresentada a fundamentação teórica da abordagem contingencial e política das organizações, procurando tratar dos seus principais aspectos.

1.2 Abordagem contingencial e política das organizações

Com o processo de mecanização da produção, decorrente da revolução industrial, as máquinas passaram a ser usadas, de forma crescente, como metáforas para as pessoas e para a sociedade, moldando as noções de mundo em consonância com os princípios mecânicos. Essa constatação aplica-se especialmente às organizações, frequentemente rotinizadas com detalhada precisão, planejadas à imagem de máquinas (MORGAN, 1996).

As formulações teóricas de Frederick Taylor, que culminaram com a denominada Administração Científica, basearam-se em uma série de princípios mecanicistas de gerência da produção industrial e dos processos de trabalho. Somadas à produção teórica de Henry Fayol e dos demais autores clássicos da administração, formou-se um quadro teórico fortemente marcado pelo mecanicismo. A crença básica residia em sugerir que as organizações poderiam ou deveriam ser sistemas racionais que operam de maneira tão eficiente quanto os sistemas mecânicos, procurando-se, através dos sistemas burocráticos, minimizar a variabilidade do comportamento humano, o que, na prática, apesar de sua eficiência para tarefas de baixa complexidade, limita o desenvolvimento das capacidades humanas e compromete o desempenho organizacional em ambientes mais competitivos e turbulentos (MORGAN, 1996).

Os problemas da visão mecanicista da organização levaram muitos teóricos organizacionais a abandonar esta visão e a inspirar-se sobretudo na biologia como uma fonte de idéias para refletir sobre as organizações, dirigindo a atenção para a adaptação das organizações ao ambiente, bem como para assuntos mais genéricos como sobrevivência, relações entre organização e ambiente e eficácia organizacional. Esta visão orgânica das organizações, na qual a natureza entra em cena, despertou para a formação de correntes

teóricas que passaram a abordar aspectos sociológicos e psicológicos das organizações, focalizando a motivação humana, contribuindo, decisivamente, para a incorporação da Teoria Geral dos Sistemas¹ na área de administração. A partir de uma abordagem sistêmica das organizações desenvolveu-se a teoria contingencial com seu enfoque para a adaptação da organização ao ambiente (MORGAN, 1996).

A abordagem contingencial baseia-se teoricamente no funcionalismo sociológico. Este, explica a estrutura social por suas funções e suas respectivas contribuições para o bem-estar da sociedade, assim como o funcionalismo biológico explica como os órgãos do corpo humano contribuem para o bem-estar individual. Conforme a teoria organizacional do funcionalismo estrutural, a estrutura ajusta-se ao que há de contingente e, conseqüentemente, ao meio ambiente, levando a uma associação entre contingência e estrutura. Esse tipo de abordagem faz da teoria da contingência estrutural parte do funcionalismo adaptativo (DONALDSON, 1998).

Segundo Donaldson (1998, p.105), a estrutura da organização constitui o conjunto recorrente de relacionamentos entre seus membros, “o que inclui os relacionamentos de autoridade e de subordinação como representados no organograma, bem como os comportamentos requeridos pelos regulamentos da organização e os padrões adotados na tomada de decisão, como descentralização, padrões de comunicação e outros padrões de comportamento”. Assim, engloba tanto a organização formal como a informal.

Para a teoria da contingência não há uma estrutura organizacional única que seja altamente efetiva para todas as organizações. Nessa abordagem teórica, a organização ótima é contingente a fatores ambientais, como: estratégia, tamanho, incerteza com relação às tarefas

¹ A Teoria Geral dos Sistemas (TGS) aponta para a tendência de integração nas várias ciências naturais e sociais, orientando-se rumo a uma teoria dos sistemas. Essa teoria pode ser uma maneira mais abrangente de estudar os campos não físicos do conhecimento científico, especialmente os das ciências sociais. Ao desenvolver princípios unificadores que atravessam as diversas ciências envolvidas, aproxima-se do objetivo da unidade da ciência. A importância da TGS é significativa tendo em vista a necessidade de avaliar-se a organização como um todo e não somente em departamentos ou setores (MORGAN, 1996).

e tecnologia. Dessa forma, para ser efetiva, a organização precisa adequar sua estrutura a seus fatores contingenciais, ou seja, ao ambiente. Dentre os fatores ambientais, “a incerteza da tarefa é o coração do conceito de contingência, que tem implicações para conceitos contingenciais de segunda ordem, tais como inovação e tamanho” (DONALDSON, 1998, p.107). De forma aplicada a toda estrutura organizacional, propõe uma hierarquia que centralize habilidades, comunicação e controle para tarefas de baixa incerteza, e uma rede de equipes flexíveis e participativas para tarefas de alta incerteza. A partir da percepção de que quanto mais incerta a tarefa, mais informações têm que ser processadas, moldando as estruturas de comunicação e controle, permite-se a compreensão do significado da incerteza da tarefa. Quanto mais incerta a tarefa, menos suscetível de programação serão as atividades de trabalho, exigindo maior flexibilização da obediência hierárquica. Assim, “a hipótese central da teoria da contingência estrutural é que as tarefas de baixa incerteza são executadas mais eficazmente por meio de uma hierarquia centralizada” (DONALDSON, 1998, p.107). À medida que a incerteza aumenta, por meio da inovação ou por outros fatores similares, a hierarquia precisa ser coberta por estruturas comunicativas e participativas (DONALDSON, 1998).

Donaldson (1998), baseando-se nos estudos de Woodward, destacou a tecnologia como indutora de incerteza e que, pela inovação tecnológica, o futuro iria impor um estilo de administração orgânico de relações humanas. Dessa forma, o argumento consiste em que a adequação entre estrutura organizacional e tecnologia leva a um desempenho superior ao das organizações onde a estrutura está em desacordo com a tecnologia. O destaque da tecnologia como fator contingencial deriva da verificação de que, onde a tecnologia de operação era simples, a organização era razoavelmente informal e orgânica, onde a produção avançou para grandes lotes e produção em massa, a organização do trabalho era mais formalizada e mecanicista. Entretanto, com o avanço tecnológico posterior e a utilização mais intensa de

capital, a organização da produção em massa é substituída por equipes de trabalho orgânicas e com ênfase nas relações humanas. Assim, inicialmente, o avanço tecnológico leva a uma estrutura mais mecanicista, pela maior previsibilidade do sistema técnico. Depois, com a sua intensificação, há um significativo incremento de inovação, gerando elevados graus de incerteza, levando a uma estrutura mais orgânica. Salienta-se que essas modificações ocorrem quando há efetivamente movimentos da estrutura organizacional em busca de adequação às contingências. O autor relaciona, ainda, o tamanho da organização (considerando o número de empregados) e o ciclo de vida do produto a fatores contingenciais à estrutura organizacional.

Donaldson (1998) observa, em função de a teoria da contingência estrutural estar baseada, principalmente, no ajuste da estrutura organizacional a fatores materiais como tamanho da organização e tecnologia, as idéias e valores não figuram como contingências proeminentes, restando pouco espaço para as vontades humanas. Há pouca informação nas análises contingenciais a respeito de quem toma as decisões e seus motivos, o que despersonaliza a análise. Donaldson oferece uma defesa apontando que os fenômenos-chave como centralização e desempenho organizacional dependem de uma discussão no nível de coletividade e como sistema, visto que esses fenômenos não seriam passíveis de entendimento quando analisados exclusivamente em atores individuais.

A defesa de Donaldson não invalida a necessidade de incluir, na análise das organizações, os atores sociais, o que demonstra a necessidade de adoção de outras abordagens, para em conjunto com a teoria da contingência, compor um quadro mais completo, capaz de subsidiar tais análises.

Hartz (1997) propõe a utilização concomitante de uma abordagem política das organizações, contemplando, assim, significativa parcela dos fatores relacionados ao comportamento humano, e suprimindo parte das limitações da abordagem contingencial. Tratam-se de diferentes modelos teóricos que refletem dimensões complementares e permitem

uma combinação mais acurada da compreensão dos fenômenos das organizações dos sistemas de saúde e de sua gestão.

O processo decisório, diretamente ligado à distribuição de poder, reflete-se nas características do contexto organizacional, e os aspectos políticos que permeiam a disputa por poder na organização remetem à afirmação de Pettigrew (1996) de que o processo administrativo deve ser concebido “social e politicamente”, conduzindo a uma abordagem política do estudo do contexto organizacional. Nesse sentido, a perspectiva política, segundo a qual os interesses particulares dos atores influenciam na organização, determinando dificuldades e facilidades na intervenção, considerando-se o processo de implantação como “jogos de poder” organizacional, contribui para a compreensão do seu contexto.

Segundo Morgan (1996), é possível compreender qualidades importantes das organizações, freqüentemente encobertas ou ignoradas, tentando entendê-las como sistemas de governo, desvendando as relações políticas da vida organizacional. O autor aponta que, como os governos, as organizações “(...) empregam algum sistema de regras como meio de criar e manter a ordem entre seus membros” (p. 149) e que, ao compreender as organizações como sistemas políticos, “(...) obtêm-se meios para explorar o significado político desses temas, bem como o relacionamento geral entre política e organização” (p.152).

A política em uma organização é mais claramente manifestada nos conflitos e jogos de poder, que podem ser analisados através de interesses, conflito e poder, que derivam da diversidade de pensamentos (as pessoas pensam diferente) e de ações (as pessoas querem agir de forma diferente) na vida organizacional. Uma forma para a compreensão da política organizacional é conceber interesses interligados e relativos a (MORGAN, 1996):

- “interesses da tarefa”, ligados ao trabalho que alguém deve desempenhar;
- “interesses de carreira”, relacionados às aspirações para o futuro profissional;

- “interesses extra-muro”, relacionados à personalidade, às atitudes próprias, crenças, preferências e conjunto de comprometerimentos com o mundo exterior.

Na maioria das vezes, o equilíbrio entre esses interesses é incerto e muda incessantemente, desencadeando tensões que são o centro da atividade política (MORGAN, 1996). Conforme essa abordagem (política), as organizações são compostas por coalizões, que surgem quando grupos de indivíduos ficam juntos para cooperar com relação a assuntos específicos, eventos ou decisões. A fragmentação dos objetivos de cada área da organização leva a uma “racionalidade limitada”, a partir da qual os atores tendem a concentrar-se nos objetivos de sua área específica e acabam por distanciar-se dos objetivos organizacionais. Em função dessa fragmentação, mesmo que se obtenha consenso acerca dos objetivos globais, existe considerável desacordo sobre objetivos específicos, o que obriga, freqüentemente, a organização a funcionar com um grau mínimo de consenso. O reconhecimento desse jogo político, por parte da organização, permite sua sobrevivência nesse contexto de diversidade de objetivos e de aspirações existente entre seus membros (MORGAN, 1996).

No entanto, o conflito, explícito ou implícito, integra a política organizacional como um elemento naturalmente presente que, quando gerenciado, atribui uma feição mais pluralista às organizações. Na busca de solução para os conflitos, o poder assume um destacado papel pelas suas influências sobre “quem consegue o quê, quando e como” nas organizações (MORGAN, 1996, p. 163).

Algumas das principais fontes de poder referidas por Morgan (1996) são:

- autoridade formal;
- controle sobre recursos escassos;
- a própria estrutura organizacional;

- controle do processo da tomada de decisão;
- controle do conhecimento e da informação.

A discussão sobre as origens e os usos do poder permite a constituição de um conjunto de idéias que possibilita um melhor entendimento dos jogos de poder e da dinâmica política nos contextos organizacionais, o que, juntamente à análise de interesses e à discussão do conflito, contribui para uma orientação das ações considerando os aspectos políticos. Para Morgan (1996), contemplar esses aspectos políticos significa o emprego de uma administração pluralista, em que as tendências autoritárias são controladas pela livre articulação política dos atores organizacionais. Na visão pluralista da organização, é enfatizada a diversidade dos indivíduos e dos grupos de interesses, e o conflito é considerado como um componente inerente e inevitável das atividades organizacionais. O modelo baseado nos interesses, conflito e poder, oferece um meio prático de compreender a dimensão política da organização (MORGAN, 1996).

Morgan (1996) também analisa as contradições do capitalismo industrial a partir do enfoque marxista e weberiano, por meio da “metáfora da dominação”, demonstrando que essa fornece uma crítica radical da organização e das teorias organizacionais, e que, mesmo limitadas, as abordagens críticas radicais contribuem para o estudo das organizações, o que não tem sido incorporado nas tradicionais teorias da administração.

Merhy (1995), mesmo reconhecendo a validade das bases dos argumentos que apontam que a TGA faz parte de um conjunto de práticas políticas e ideológicas consagradas do mundo organizacional capitalista, reconhece que:

(...) boa parte das tecnologias de intervenção, desenhadas pelas diferentes correntes da TGA, têm de fato permitido operar de modo eficaz sobre o processo produtivo, uma vez que toma os fins como dados e procura desenvolver tecnologias de ação, no ambiente organizacional, que têm mostrado capacidade de otimizar os meios na linha de produção de bens e serviços (p.121).

Nesse sentido, o autor aponta a possibilidade de apreensão desses modos de operar, por meio de ambientes mais compartilhados, do ponto de vista do interesse público e da redefinição das finalidades sociais do processo produtivo.

Merhy (1997) utiliza o conceito de uma "caixa de ferramentas" para governar, que deve conter saberes de como as coisas devem ser feitas, o que remete para a compreensão do próprio saber fazer como uma tecnologia vital para o agir governamental. Continuando com essa reflexão, o autor trata dos saberes em gestão como tecnologias, que permitem a ação nos terrenos da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho, colocando esse saber como tecnologia central. Nesse sentido, a classificação dos saberes em gestão, como tecnologia, desencadeia uma discussão sobre as possibilidades de considerar as tecnologias de gestão em saúde, no âmbito do SUS, como fatores contingenciais às estruturas organizacionais.

Mintzberg (2004, p. 319) aponta a existência de organizações, dentre as quais, universidades, hospitais e outras, que possuem um tipo de configuração que as caracterizariam como "organizações profissionais". Estas organizações são dirigidas por trabalho operacional altamente complexo, ligadas de modo flexível em seu núcleo operacional, citando o exemplo do "isolamento quase completo entre si" de boa parte das práticas médicas nos hospitais. Segundo o autor, nesse tipo de organização, os principais elementos mecanicistas burocráticos da administração desmoronam (MINTZBERG, 2003).

É certo que os serviços de saúde, de forma geral, são organizações que podem ser classificadas como organizações profissionais, tanto pela complexidade das atividades, como pela intensidade de tecnologia que demandam e pelo grau de autonomia operacional existente na execução dos serviços, o que reforça o argumento de que a tecnologia, tanto em gestão como na prestação dos serviços de saúde, constitui importante fator contingencial nessas organizações.

Há outros elementos que reforçam a validade de considerar as tecnologias de gestão como variáveis contingentes, em especial, o fato de tratar da implementação de um programa de saúde típico da rede de atenção primária, o que remete à afirmação de Mendes (2002, p.13):

A atenção primária à saúde exige um conjunto de conhecimentos, atitudes, e habilidades muito mais amplo que aqueles solicitados nos procedimentos de média e alta complexidade. A atenção primária à saúde convoca conhecimentos e habilidades nos campos da biologia, da medicina, da psicologia, da antropologia, da sociologia e os utiliza numa perspectiva de intersetorialidade, que a torna, inquestionavelmente, muito mais complexa que as ações catalogadas como de média e alta complexidade na NOAS SUS 01/02.

Essa complexidade da atenção primária demonstra a quantidade e intensidade de incertezas que permeiam os processos de prestação desses serviços de saúde, o que gera grande quantidade de informações para serem processadas. Essas contingências geram necessidade de adequação das estruturas de comunicação e controle, bem como estruturas comunicativas e participativas, a partir de maior flexibilização da obediência hierárquica, o que configura um estilo de administração orgânico de relações humanas.

Cabe aqui salientar que o SUS, tanto como sistema de saúde como pela sua rede de serviços, emprega intensivamente tecnologia, que é desenvolvida e aplicada através de suas diversas áreas profissionais, bem como por centros de pesquisa e indústrias relacionados à produção de medicamentos, imunobiológicos, equipamentos e diversos outros recursos necessários. Este variado, intenso e freqüente aporte tecnológico constitui também importante fator inovador e gerador de incertezas na organização, de forma que pode ser destacado como fator contingencial de interesse neste estudo.

O SUS apresenta também características jurídico-institucionais peculiares, exclusivas do sistema federativo brasileiro, em que a gestão do sistema é única em cada esfera

de governo, mas compartilhada, para a qual está estabelecida uma série de princípios legais que visam garantir ao cidadão, universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, dentre outros direitos. Assim, *catalisado* pelo processo de democratização e pelo cunho descentralizante da política de saúde estabelecida pela Constituição Federal de 1988, o SUS configurou-se, desde sua origem, como um imenso sistema, composto e gerido pelas respectivas esferas de governo que o compõem e permeado por participação social em seus processos de construção e condução. Esses fatos contribuem para a confirmação dos saberes em gestão como tecnologias, representando, assim, contingências para as estruturas organizacionais das instituições que integram esse sistema de saúde, contribuindo para a formação das estruturas organizacionais do sistema de saúde.

A compreensão dos saberes em gestão como tecnologia implica no resgate das definições das funções gestoras no âmbito do Sistema Único de Saúde, o que remete para as macropolíticas do SUS, em que foram estabelecidos processos e instrumentos de gestão que representam importantes determinantes para as estruturas organizacionais dos sistemas municipais de saúde.

As funções gestoras do SUS são definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde com as seguintes macro-funções (SOUZA, 2002):

- formulação de políticas/planejamento;
- financiamento;
- coordenação, regulação, controle e avaliação;
- prestação dos serviços de saúde.

Como conjunto de saberes, essas funções gestoras constituem um dos elementos contingenciais considerados neste estudo, servindo para a discussão dos dados coletados. No

capítulo seguinte, através da apresentação da trajetória metodológica adotada, são definidos os meios de pesquisa utilizados para o alcance dos objetivos propostos.

Metodologia da Pesquisa

2 METODOLOGIA DA PESQUISA

2.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa constitui-se em um estudo de caso descritivo, que aborda diferentes dimensões que formatam o contexto organizacional do sistema de saúde de Barra do Bugres, relacionando-o à implementação do Projeto Tolerância Zero.

Yin (2001) caracteriza os estudos de caso como uma estratégia de pesquisa que possibilita a compreensão e análise de fenômenos contemporâneos, relacionando sua importância a diferentes campos, entre eles, a administração pública, os estudos organizacionais e gerenciais. Os estudos de caso são indicados para responder questões do tipo “como” e “por que”, buscando apontar como uma intervenção alcançou determinados resultados. No presente estudo de caso, busca-se compreender como se deu a implementação do Tolerância Zero e os fatores que favoreceram os resultados positivos obtidos por Barra do Bugres no programa.

Nesse sentido, o focalizou-se as características do contexto organizacional e seus processos de gestão, dando ênfase à sua dimensão processual, considerando as condições e atividades-meio para o desenvolvimento do programa. Segundo Hartz (1997) esses estudos se aplicam quando queremos examinar o conjunto das relações que existem entre diferentes variáveis necessárias para entender um fenômeno complexo e permitem explicar ligações causais complexas nas intervenções na vida real, bem como descrever o contexto no qual a intervenção ocorreu.

O método serve ainda para fazer uma avaliação, mesmo que descritiva da intervenção realizada, servindo para explorar situações em que as intervenções avaliadas não

possuam resultados claros e específicos, tendo a capacidade de lidar com uma variedade de evidências - documentos, artefatos, entrevistas e observações (YIN, 2001).

2.2 Local de Estudo

O local de estudo foi Barra do Bugres, classificado entre os dez municípios prioridade I no projeto Tolerância Zero. Escolheu-se esse município para a realização do estudo, por tratar-se do único, entre os municípios Prioridade I, que alcançou integralmente as metas (detectar 95% dos casos esperados, curar 90% dos casos que iniciaram tratamento e reduzir a prevalência em 30 %) previstas para o primeiro ano do Tolerância Zero.

O município localiza-se no estado de Mato Grosso, região Centro-Oeste do Brasil, a uma distância aproximada de 150 Km da capital, Cuiabá, mais precisamente na microrregião de Tangará da Serra, pertencente à mesorregião do Sudoeste Mato-Grossense, com uma área territorial de 7.186,7 km² e uma população estimada de 31.095 habitantes (BRASIL, 2004). A população rural representa 23 % da população total do município (BRASIL, 2004), estando situados na área do município os distritos de Assari, Currupira e Fernandópolis (BARRA DO BUGRES, 2004).

2.3 Desenvolvimento da pesquisa

Para caracterizar a normalização que rege a descentralização do SUS no âmbito federal e estadual, foram utilizados: legislação, normas, portarias, documentos do Ministério da Saúde, documentos da SES-MT, além da bibliografia especializada.

Visando caracterizar o sistema municipal de saúde, o contexto organizacional e a implementação do Tolerância Zero utilizou-se da documentação oficial produzida pela

Secretaria Municipal de Saúde e de entrevistas² semi-estruturadas, realizadas com o gestor (denominado E1), coordenadores do programa de hanseníase (denominados E2) e enfermeiras coordenadoras (denominadas E3) das unidades de saúde da rede básica.

Dentre os documentos do município, foram analisados: Plano Plurianual de Saúde, Lei Orçamentária Anual, Relatório de Gestão, e os relatórios do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) emitidos pelo Ministério da Saúde.

As entrevistas foram aplicadas pelo pesquisador no período de 14 a 17 de dezembro de 2004 e versaram sobre o contexto organizacional do sistema municipal de saúde e o processo de implementação do Tolerância Zero.

Esperava-se entrevistar um número maior de agentes nos espaços decisórios da Secretaria de Saúde e na atenção básica, deparando-se, no entanto, com uma estrutura organizacional bem menor do que a prevista.

Na caracterização da rede de serviços de referências para complicações em hanseníase, externos ao município, consultou-se a relação de procedimentos realizados pelo Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade.

Buscou-se caracterizar os elementos das macropolíticas que são estruturantes do SUS nos municípios, dando ênfase ao papel da SES-MT em coordenar o processo de descentralização no âmbito estadual, assumindo, nesse sentido, algumas prioridades em sua política de saúde.

No estudo do contexto organizacional, consideraram-se os saberes e as práticas dos processos de gestão como tecnologias contingenciais à estrutura organizacional, procurando-se estabelecer relações sobre a forma como se estruturou o sistema e a rede de

² Aos entrevistados solicitou-se o consentimento livre e esclarecido por escrito, conforme anexo III. Foi salientado ainda sobre o tempo necessário para a realização da entrevista e que a mesma seria gravada. Esta pesquisa foi aprovada em novembro de 2004 no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e as entrevistas foram realizadas observando-se todos os procedimentos exigidos.

serviços de saúde do município, em função das macropolíticas e das características da gestão municipal da saúde.

Para a descrição dos processos de gestão do SUS vigentes no município, abordou-se as seguintes macro-funções:

- decisões e processos de direção;
- formulação e planejamento das políticas;
- mecanismos de acompanhamento e controle;
- gestão dos recursos humanos e financeiros (SOUZA, 2002).

Para a descrição da implementação do Tolerância Zero no município, buscou-se relacionar as características da gestão do SUS em Barra do Bugres com a forma de organização do programa de hanseníase no município e com as principais medidas adotadas para esse programa.

O Sistema Único de Saúde.....

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM MATO GROSSO E O PROJETO TOLERÂNCIA ZERO

3.1 A implementação do Sistema Único de Saúde e das Normas Operacionais Básicas

A Constituição Federal de 1988, no capítulo da Seguridade Social, traz uma seção para a saúde e institui o Sistema Único de Saúde (SUS), que, juntamente com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), complementada pela Lei 8142/90, integra a legislação estruturante do SUS.

Na Constituição Federal de 1988, o SUS é considerado como de “relevância pública”, sendo atribuído ao poder público a regulamentação, fiscalização e controle das ações e dos serviços de saúde. Foi ainda estabelecido que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, participação social, direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, atendendo aos princípios de universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1988).

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, tratou das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como regulamentou o Sistema Único de Saúde sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A abrangência dessa Lei englobou, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados em conjunto ou isoladamente, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990). A Lei trata também da organização, direção e gestão do SUS, com as respectivas competências e atribuições das três esferas de governo, regulamentando o funcionamento e a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde, bem como a política

de recursos humanos e de financiamento do SUS.

Já a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Trata-se da institucionalização do controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde, criando em cada esfera de governo as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. Enquanto os Conselhos de Saúde têm caráter permanente e deliberativo, dos quais participam diferentes segmentos sociais, as Conferências de Saúde são instâncias colegiadas, de caráter consultivo e eventual, cujo objetivo é avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo, constituindo-se nos mais importantes fóruns de participação da população na condução da saúde pública no Brasil (BRASIL, 2003).

A forma como se organiza o SUS nos municípios decorre de como se estruturou o federalismo brasileiro, no qual os municípios foram considerados como entes federados, com responsabilidades na implementação das políticas públicas. Esse fato, somado à heterogeneidade dos municípios brasileiros em termos de porte, desenvolvimento político, econômico, social, capacidade institucional e técnica, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2003).

A descentralização do SUS ocorre no plano político-administrativo, possibilitando maior participação dos cidadãos na gestão pública através da ampliação da base para tomada de decisão. Por ser o município a menor unidade político-administrativa na Federação Brasileira, a descentralização territorial coincide com o seu espaço político-administrativo (COSTA, 2000).

A implementação da descentralização do SUS, retomada pelo Ministério da Saúde, na década de 1990, visava à reorganização do sistema de saúde, baseada nos municípios para a prestação e gestão dos serviços de saúde. Esse modelo derivou da

necessidade de mudança na forma de atuação do Estado na área social, por meio da descentralização como alternativa à crise do “Estado de Bem-Estar Social” (COSTA, 2000).

A transferência das responsabilidades entre União, Estados e Municípios tem sido operacionalizada através das regras estabelecidas nas Normas Operacionais Básicas (NOBs) editadas pelo Ministério da Saúde, estabelecendo as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir suas respectivas responsabilidades e prerrogativas dentro do sistema de saúde (BRASIL, 2003).

A política de saúde, no intuito de regular a implementação do SUS no âmbito nacional, publicou três Normas Operacionais Básicas e, em 2001, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01). Entre os problemas envolvidos na efetivação do SUS, abordados por essa normalização, destaca-se o financiamento das ações de saúde, a definição das funções gestoras das três instâncias governamentais, a articulação entre os setores público e privado e as estratégias para mudanças das práticas assistenciais (VIANA, 2000, p. 114). Assim, a implementação dos conteúdos de cada Norma Operacional tem gerado diversos efeitos e conseqüências na gestão e na conformação do SUS.

A reforma do sistema de saúde brasileiro, segundo Viana (2000), foi marcada pelos subperíodos de descentralização tutelada (1991-93), de descentralização efetiva após 1993, e pela “Reforma Incremental do SUS”, a partir de 1998, com a implementação da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96).

O subperíodo da descentralização tutelada iniciou-se com a edição da Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB/SUS 01/91), marcada pela equiparação entre prestadores públicos e privados no que se refere à forma de financiamento, por produção de serviços e pelo estabelecimento do “convênio” como instrumento de transferência de recursos do INAMPS para os estados, distrito federal e municípios. A NOB/SUS 01/91 mantinha uma visível centralização da gestão do sistema de saúde, permeada pelos processos e rotinas então

vigentes no INAMPS, tratando como “municipalizados”, no âmbito do SUS, os municípios que atendiam alguns requisitos básicos, tais como a criação dos conselhos e fundos de saúde, a elaboração de plano de saúde, dentre outros requisitos (BRASIL, 2003).

A descentralização efetiva iniciou-se em 1993, justamente com a edição da Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB/SUS 01/93) (VIANA, 2000), que formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992, tendo como tema central: “a municipalização é o caminho” (BRASIL, 2003). Essa norma resgatou relevantes aspectos reivindicados pelo movimento da reforma sanitária e teve um destacado papel na reorganização do sistema de saúde brasileiro. A descentralização, a partir dessa norma, deveria ser formalizada através da habilitação dos municípios em uma das condições de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Instituiu as transferências regulares e automáticas (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena e estimulou os governos estaduais a passarem a assumir o papel de gestor do sistema estadual de saúde. Foram ainda instituídas as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como um dos principais mecanismos de pactuação entre os gestores do SUS (BRASIL, 2003).

A NOB/SUS 01/93, apesar de destacar o papel coordenador do estado, continuou enfatizando, de certa forma, o que se denominou de “municipalização autárquica”. Este fenômeno traduz-se na ênfase da gestão do sistema de serviços de saúde no âmbito municipal, com pouca participação dos estados, esvaziando-se assim suas funções de coordenação. O processo de descentralização, assim conduzido, não vinha favorecendo um pacto federativo mais solidário entre os municípios e, em situações-limites transformando alguns municípios em sistemas fechados, levando a “deseconomias de escala, fragmentação dos serviços e perda de qualidade” (MENDES, 2001).

3.2 A configuração do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso

Em Mato Grosso, a implementação da NOB/SUS-93 iniciou-se no ano de 1994, com a habilitação de 57 municípios. Em 1997, 49,1% dos municípios estavam habilitados nessa NOB (GUIMARÃES, 2002). Segundo Scatena (2000), a forma de habilitação Gestão Incipiente predominou nos municípios pequenos, enquanto a Gestão Parcial foi adotada nos demais municípios, com exceção de Cuiabá, que foi o único a se habilitar na condição de Gestão Semiplena.

Em 1994, a organização do SUS em Mato Grosso caracterizava-se pela descentralização da gerência e gestão para os municípios, com frágil participação estadual nas funções de coordenação do Sistema, de forma que a gestão estadual não exercia papel na definição de estratégias, mecanismos e instrumentos para promover pacto entre os gestores. A descentralização dava-se através de iniciativas isoladas dos municípios, sem a coordenação do estado (GUIMARÃES, 2002).

Ao estudar os municípios que integravam o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Costa (2000) apontou que, até o ano de 1995, havia uma indefinição do papel da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT), que se mantinha desarticulada de outras instituições prestadoras de serviços. Esses problemas eram agravados pelo pouco tempo de emancipação política dos municípios do estado, pela infra-estrutura deficiente e pelo alto grau de dependência financeira dos governos municipais em relação ao governo federal e estadual. A SES/MT enfrentava, ainda, dificuldades para gerenciar adequadamente serviços de referência regional e os de maior complexidade, como Hemocentro e hospitais regionais, também marcados pela carência de recursos humanos capacitados. Dentre outros fatores, a principal dificuldade de fixação de profissionais no interior do estado devia-se aos baixos níveis de remuneração, atrasos salariais e infra-estrutura urbana deficiente.

A NOB-93 expandiu os serviços ambulatoriais e hospitalares na maioria dos municípios, favorecendo o acesso dos usuários aos serviços de saúde. No entanto, a gestão dos sistemas de saúde apresentava grandes fragilidades como a ausência de uma política de saúde adequada à sua realidade social e sanitária, destacando a insuficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos nos municípios, bem como a baixa capacidade do aparato estatal para prestação dos serviços de saúde (COSTA, 2000).

Para Costa (2000, p.127), “de fato, até 1995, houve apenas troca dos papéis, onde os municípios passaram a assumir a assistência básica, antes executada pela SES-MT e esta passou a desempenhar o papel do INAMPS, não havendo transformação na forma de organização e no modo de produção de serviços”.

O subperíodo da “reforma incremental” do SUS iniciou-se com a implementação em 1998 da NOB/SUS 01/96 (VIANA, 2000). Foram criadas novas condições de gestão para os municípios e estados, e melhor definidas as suas competências e responsabilidades sanitárias. Assim, essa norma reconhecia a fragilidade da maioria dos municípios como gestores de sistemas e resgatava a proposta de fortalecimento do papel dos estados na construção do SUS (MENDES, 2001).

Dentre várias finalidades e objetivos da NOB-96, os principais eram fortalecer a função de gestor municipal para a atenção à saúde de seus habitantes, bem como redefinir as responsabilidades dos estados, Distrito Federal e União. Propôs ainda a reorganização do modelo assistencial através da gestão e execução da atenção básica à saúde, com ênfase no Programa de Saúde da Família – PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e o fortalecimento dos espaços de pactuação do SUS, por meio das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite³.

³ As Comissões Intergestores constituem fóruns de negociação e deliberação sobre o gerenciamento do processo de descentralização do SUS. As decisões são tomadas pelo consenso das entidades representativas das instâncias governamentais. No âmbito nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e pelos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de

Essa norma criou incentivos financeiros específicos para PACS e PSF, através da ampliação dos mecanismos de transferência de recursos “fundo a fundo”, o que aumentou a autonomia de gasto para a maioria dos municípios e estados, apesar de alguns instrumentos técnico-operacionais para o repasse, transferência e execução da maior parte dos recursos federais pouco contribuírem para a avaliação dos resultados dos recursos aplicados (LEVCOVITZ, LIMA E MACHADO, 2001). Instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB) com recursos fixos e variáveis. A parte fixa foi definida como um valor “per capita”/ano, e a parte variável do PAB ficou vinculada à implementação do PACS, PSF, Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN) e Farmácia Básica.

A implementação dos avanços contidos nessa NOB, como bem observou Arrecthe (1999), tanto no setor saúde, quanto em outras áreas sociais, deve-se à forte influência da política de incentivos adotada pelo gestor estadual, induzindo os municípios a assumirem as responsabilidades decorrentes da descentralização. Em Mato Grosso, observou-se fato semelhante quando a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MT) fortaleceu sua atuação como gestor estadual, estabelecendo uma sólida política de saúde, com uma série de incentivos à descentralização, como se vê a seguir.

As transformações políticas e estruturais da SES-MT foram determinantes para a construção de um novo sistema de saúde para Mato Grosso a partir do ano de 1995, na gestão (1995-2002) do Dr. Júlio Strubing Muller Neto. Iniciou-se um processo de modificação profunda do papel da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, constituindo-se, a partir de então, no principal ente condutor da política estadual de saúde.

Nesse sentido, a SES-MT passou a atuar no processo de descentralização da saúde, definindo prioridades para investimentos, bem como implantando incentivos

Saúde (CONASS) e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). No âmbito estadual, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e pelo órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado (COSEMS) (BRASIL, 2003).

financeiros para os municípios, coordenando e aprovando os pleitos de habilitação à NOB/SUS 01/96. Ao final do ano 1998, a grande maioria dos municípios mato-grossenses estava habilitada na NOB-96, e a partir da lógica da regionalização, a SES/MT passou a estabelecer intensa articulação política com os municípios para a formação de consórcios, criando nove consórcios de saúde até o ano de 1998. Os Pólos Regionais de Saúde foram reestruturados e fortalecidos, bem como foram feitos significativos investimentos na capacitação de recursos humanos do SUS, gestores municipais da saúde e conselheiros de saúde. No âmbito da regionalização dos processos de gestão pactuada da saúde, foram constituídas as Comissões Intergestoras Bipartites Regionais. Nessa mesma época, foram realizadas obras de importância estratégica regional, como a construção e implantação dos hospitais regionais, como parte de um novo sistema de referência e contra-referência para a assistência à saúde (MATO GROSSO, 2002).

A partir do ano 2000, a política estadual de saúde foi regida por um novo plano. O Plano Estadual de Saúde 2000 – 2003 apresentava objetivos que reafirmavam as diretrizes até então adotadas, com algumas mudanças em relação às prioridades. A novidade proposta era o desenvolvimento de sistemas microrregionais de serviços de saúde e a ênfase na implantação da Programação Pactuada Integrada (PPI). A SES/MT exerceu ainda um importante papel como prestadora de serviços de saúde em áreas especializadas e de maior complexidade tecnológica, através de suas unidades próprias (LOTUFO, 2003).

Ao analisar o processo de gestão política e a capacidade de governo da alta direção da SES/MT durante o ano de 2001, Lotufo (2003) destacou, dentre as políticas de fortalecimento do processo de descentralização e regionalização, os estímulos para:

- a consolidação de novos modelos assistenciais, através do PSF;

- a regionalização da assistência ambulatorial e hospitalar, através da formação de Consórcios Intermunicipais de Saúde com a participação da SES-MT como financiadora de parte dos recursos e como gestora de unidades hospitalares;
- a municipalização de serviços de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental;
- a garantia de assessoria técnica aos municípios e às estruturas regionais da SES/MT nas áreas de planejamento, gerenciamento e avaliação;
- o fortalecimento do Centro Formador de Recursos Humanos em Saúde, com a criação da Escola de Saúde Pública;
- a implantação de um inovador Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) e a ampliação significativa do quadro de pessoal pela nomeação dos candidatos aprovados nos diversos concursos públicos realizados.

Para implementar a nova política de saúde, a administração da SES-MT iniciou uma reforma administrativa, reorientando a prática gerencial, procurando dotar essa organização de melhores condições políticas e técnicas. O Secretário de Estado de Saúde propunha, naquela gestão, a construção de novas práticas gerenciais que pudessem estimular a criatividade e a capacidade resolutiva dos funcionários, não se limitando ao conceito de reforma administrativa em seus aspectos formais. No âmbito dos modelos de gestão e organização propostos, enfatizava a necessidade de flexibilização da estrutura administrativa, a importância da descentralização, a integração das ações com base nos objetivos, a democratização e transparência da administração (LOTUFO, 2003).

A fim de concretizar essas propostas em ações, a SES-MT procurou melhorar o processo de informação e comunicação interna e externa, flexibilizar as relações de autoridade e desenvolver trabalhos em equipe, voltados a projetos ou objetivos, instituiu também

processos, visando desenvolver atitudes de “responsabilização” pelo patrimônio e pelo faturamento das unidades de prestação de serviços (LOTUFO, 2003).

Levcovitz, Lima e Machado (2001), analisando a implementação das Normas Operacionais Básicas, apontam que, apesar das dificuldades de implementação de muitos dispositivos das NOBs 91, 93 e 96, houve avanços no modelo de descentralização em direção à municipalização da gestão e da explicitação das funções estaduais como coordenadores do sistema de referência intermunicipal. Segundo esses autores, o Ministério da Saúde, ao introduzir novos mecanismos de transferências de recursos financeiros federais vinculados às ações e programas assistenciais específicos e ao criar novas estratégias para controle e avaliação, ampliou seu poder indutor e regulatório sobre o processo de descentralização. Dentre os avanços, destacam a consolidação e ampliação dos espaços de negociação intergestores (CIT e CIB) como fóruns de operacionalização das políticas de saúde, tornando o “pacto” uma condição para a deliberação e execução de novas diretrizes.

Pode-se dizer que, na implementação do SUS, Mato Grosso avançou no processo de municipalização, através de uma política estadual de saúde consistente, superando significativamente parte das fragilidades existentes em seu sistema de saúde anterior. Nesse sentido, em 2001, quando o Governo de Mato Grosso lançou o Projeto Tolerância Zero, a organização do setor saúde, no âmbito estadual, mostrava-se bastante favorável à implantação do projeto, como consequência da sólida política de saúde.

No âmbito regional, a política estadual alterou as relações técnicas e políticas entre as secretarias municipais de saúde e os Escritórios Regionais de Saúde (ERS) da SES/MT, tendo esses órgãos como finalidade a cooperação técnica e a supervisão das ações do SUS nos municípios.

3.3 O financiamento do Sistema Único de Saúde

Outro importante aspecto da consolidação do SUS diz respeito a seu financiamento. Com a aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC-29) em setembro do ano 2000, os orçamentos públicos da área de saúde nos âmbitos federal, estaduais e municipais ficaram vinculados à aplicação de recursos financeiros às ações e serviços públicos de saúde, o que obrigou municípios e estados a ampliar seus gastos com saúde (BRASIL, 2003). A EC-29 estabeleceu a obrigatoriedade de uma aplicação mínima, em termos percentuais dos orçamentos estaduais e municipais, em ações e serviços públicos de saúde. Assim os estados deveriam aplicar, no mínimo, 12 % das receitas próprias em gastos com saúde até o ano de 2004, de forma progressiva, e os municípios, no mínimo, 15 %. Já os gastos federais foram vinculados a outros critérios, principalmente relacionados ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) (BRASIL, 2003).

A intensa habilitação de municípios e estados nas diferentes formas de gestão trouxe um expressivo aumento das transferências diretas de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais (BRASIL, 2003). O aumento das transferências financeiras intergovernamentais para as secretarias municipais de saúde implicou no aumento das responsabilidades sanitárias dos municípios. Estes, em grande parte, apesar de receberem as transferências, viram-se onerados por significativos aumentos de gastos com saúde, insuficientes, todavia, para cobrir os custos das responsabilidades que assumiram com o processo de municipalização.

Outro aspecto importante do financiamento da saúde, relaciona-se às desigualdades na arrecadação tributária dos municípios brasileiros, fazendo com que os municípios apresentem disponibilidades financeiras desiguais, repercutindo nas suas disponibilidades de recursos para a saúde. Assim, dependendo da arrecadação municipal, há significativas diferenças na oferta de serviços de saúde em municípios que, geograficamente, podem estar próximos, ocasionando desordens no fluxo de encaminhamentos de pacientes e

sobrecarregando alguns sistemas municipais de saúde. Essas desigualdades contribuem para a heterogeneidade qualitativa e quantitativa dos serviços oferecidos por diferentes municípios.

3.4 O projeto “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”

Ao assumir gradualmente a gestão dos sistemas de saúde, os municípios foram também assumindo os programas de saúde. Assim, o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase desdobrou-se em programas estaduais e municipais. Esse programa é prioritário no cenário internacional, o que fez com que o Brasil ratificasse no ano de 1999, o compromisso de eliminar a hanseníase⁴ até 2005, objetivando reduzir a prevalência a menos de um doente em cada 10.000 habitantes (BRASIL, 2004).

Mesmo longe de alcançar tal meta, ocorreu redução drástica na taxa de prevalência de hanseníase no país, caindo de 19 para 4,68 doentes em cada 10.000 habitantes, no período compreendido entre 1985 a 2000. Ainda assim, a hanseníase permanece como um grave problema de saúde pública no Brasil, em função das extensas áreas hiperendêmicas (com prevalência superior a 20 doentes para cada 10.000 habitantes), principalmente nas regiões Centro-Oeste e Norte (BRASIL, 2003).

Em Mato Grosso, nos anos de 1999 e 2000, a prevalência em hanseníase, respectivamente, era de 19,6 e 20 casos para cada 10 mil habitantes, constituindo-se em uma das mais altas do país (MATO GROSSO, 2001).

⁴ A hanseníase é uma doença crônica, que tem alta infectividade e baixa patogenicidade, características estas que não são função apenas de suas propriedades intrínsecas, mas que dependem, sobretudo, de sua relação com o hospedeiro e grau de endemicidade do meio e condições sociais da população (BRASIL, 2004). A maioria dos hansenianos concentra-se nos grupos marginalizados economicamente e socialmente, deslocados para regiões em que a exclusão social é mais acentuada (HELENE e SALUM, 2002). O domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença, embora existam outros prováveis fatores de risco, especialmente aqueles relacionados ao ambiente social (BRASIL, 2004). A hanseníase é uma doença curável em todas as suas formas, e seu maior problema não se encontra tanto no âmbito médico, mas no social. Sob o ponto de vista cultural, a hanseníase remete a símbolos negativamente carregados em um número considerável de países, inclusive o Brasil (CLARO, 1995).

Pela sua importância epidemiológica⁵ e por ter constatado fragilidades dos sistemas municipais de saúde em controlar com eficácia a hanseníase, em junho de 2001, o Governo de Mato Grosso lançou o projeto “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”, que teve como objetivo reduzir a prevalência para menos de 1 caso a cada 10.000 habitantes até o ano de 2005.

O Projeto Tolerância Zero previa sua implementação em todos os municípios do estado, classificados em função do tamanho da sua população e da prevalência de hanseníase, conforme a Tabela 01.

Com base nos critérios estabelecidos na Tabela 01, foram considerados como prioridade 1 os seguintes municípios: Peixoto Azevedo, Barra do Garças, Barra do Bugres, Mirassol D’Oeste, Tangará da Serra, Alta Floresta, Várzea Grande, Pontes e Lacerda, Cuiabá, e Poconé (MATO GROSSO, 2001).

⁵ A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o Brasil. É de grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude e ao seu potencial incapacitante, bem como por acometer população na faixa etária economicamente ativa. Esse potencial incapacitante da doença deve ser combatido com o uso adequado de Poliquimioterapia (PQT) e das técnicas de prevenção de incapacidades.

Tabela 01- Critérios de Prioridade: Projeto Tolerância Zero

Nível de Prioridade	Critérios de Classificação
Prioridade 1	> 20.000 habitantes e P > 20 casos / 10.000 hab.
Prioridade 2	> 20.000 habitantes e P > 15 casos / 10.000 hab.
Prioridade 3	> 15.000 habitantes e P > 10 casos / 10.000 hab.
Prioridade 4	Demais municípios do estado.

Fonte: SES/MT (2001)

As metas anuais do projeto eram:

- detectar 95% dos casos estimados nos municípios de prioridades 1, 2, 3 e 90% dos casos estimados nos municípios de prioridade 4;
- curar 90% dos casos que iniciaram tratamento em todos os municípios;
- reduzir a prevalência em 30% ao ano.

Para o alcance das metas propostas, o projeto Tolerância Zero baseava-se em ações estratégicas de mobilização política dos municípios, educação em saúde e capacitação de recursos humanos. Por meio da mobilização política, buscou-se intensificar a operacionalização das diretrizes do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, informando aos municípios sobre a importância da eliminação da endemia e da adesão ao projeto, utilizado-se de estratégias inovadoras como o pagamento de bônus às equipes e agentes de saúde, e prêmios aos municípios, mediante o alcance de metas (MATO GROSSO, 2001).

Esse projeto foi ainda implementado de forma articulada com uma política de expansão da cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF). Em 2001, o Programa de Saúde da Família (PSF) ultrapassou 50 % de cobertura da população estadual (MATO GROSSO, 2002).

O projeto “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase” utilizou ampla divulgação através de *folders*, cartazes, propagandas em rádio, jornais e televisão, destinados à divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a conscientização da população sobre os meios de cura. Foram também realizados eventos de grande porte para divulgação e oficinas de trabalho com a finalidade de promover articulação política entre os Prefeitos, políticos, secretários municipais de saúde e os servidores do SUS.

Quanto ao processo de capacitação de recursos humanos em hanseníase, a SES/MT coordenou e ofertou, através da Escola de Saúde Pública/MT, grande quantidade de cursos para os profissionais de saúde da rede de atenção básica de todo o estado.

Cada município deveria elaborar um plano de intervenção para implementar as atividades em sua área de abrangência, considerando seu perfil epidemiológico e operacional (identificação de áreas de maior risco para definição de intervenção), considerando a composição das equipes de trabalho, a existência de fluxo de referência, a identificação e envolvimento de outros parceiros, o agendamento de treinamento e supervisão (MATO GROSSO, 2001).

Em termos técnicos, o Projeto Tolerância Zero baseava-se no Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase vigente no país, que tem em suas diretrizes o controle e a eliminação da hanseníase, de forma orientada à atenção básica à saúde, a partir:

- do desenvolvimento de recursos humanos;
- do abastecimento de medicamentos e insumos para diagnóstico;
- do sistema de informação em hanseníase;
- do acompanhamento de indicadores básicos epidemiológicos e operacionais;
- da detecção precoce de casos;
- da vigilância dos contatos;

- de esquemas de tratamento padrão e alternativo;
- de esquemas terapêuticos em situações especiais (gestantes, portadores concomitantes de hanseníase com tuberculose, HIV ou AIDS);
- do seguimento dos casos;
- da prevenção e tratamento das incapacidades físicas, da descentralização do controle da hanseníase;
- da educação em saúde (BRASIL, 2001).

O plano previa o acompanhamento e supervisão estadual junto aos municípios, através de uma “intensividade progressiva” conforme o nível de prioridade. Assim, os municípios “prioridade 1” deveriam ser acompanhados, quatro vezes por ano, pelo nível central da SES/MT e, mensalmente, pelo respectivo Escritório Regional de Saúde. Em outro extremo, os municípios prioridade 4 seriam acompanhados unicamente pelo Escritório Regional de Saúde (ERS), apenas duas vezes ao ano (MATO GROSSO, 2001).

Foram previstos no Projeto Tolerância Zero mecanismos de avaliação de resultados, bem como um amplo programa de capacitação para agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e equipes de atenção básica de todos os municípios do estado.

Com o processo de transição política ocorrido no Governo de Mato Grosso, em 2003, o programa de hanseníase continuou como uma prioridade da SES-MT, mas perdeu sua denominação e características inovadoras como os pagamentos de “bônus e prêmios”, que foram suspensos.

Atualmente, a SES/MT continua investindo em divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase, bem como na realização de capacitações em hanseníase e ações de assessoramento técnico e supervisão, junto aos municípios.

*A organização do SUS em
Barra do Bugres*

4 A ORGANIZAÇÃO DO SUS EM BARRA DO BUGRES

4.1 Condições econômicas e sociais da população de Barra do Bugres

Barra do Bugres tem sua economia ligada predominantemente ao agronegócio. O município destaca-se, no nível estadual, no setor “sucro-alcooleiro”, na pecuária bovina e na produção de calcário agrícola (BARRA DO BUGRES, 2004).

A década de 1990, no Brasil, foi marcada pela melhoria de diversos indicadores sociais (BRASIL, 2004). O município de Barra do Bugres também registrou melhorias dos indicadores de longevidade, mortalidade, e fecundidade, conforme a Tabela 02.

Tabela 02- Evolução dos Indicadores de Longevidade, Mortalidade e Fecundidade, Barra do Bugres, 1991 e 2000

INDICADORES	1991	2000
Mortalidade até 1 ano de idade (por 1000 nascidos vivos)	51,8	36,6
Esperança de vida ao nascer (anos)	58,6	66,3
Taxa de Fecundidade Total (filhos por mulher)	3,9	3,1

Fonte: PNUD (2003)

Observa-se, na Tabela 02, que a taxa de mortalidade infantil do município diminuiu 29,25%, passando de 51,79 (por mil nascidos vivos) em 1991 para 36,64 (por mil nascidos vivos) em 2000, e a esperança de vida ao nascer cresceu 7,68 anos, passando de 58,61 anos em 1991 para 66,29 anos em 2000.

No que se refere ao nível educacional da população jovem, no período de 1991 a 2000, em Barra do Bugres ocorreram alguns avanços como demonstra a tabela a seguir.

Tabela 03- Evolução dos Níveis Educacionais da População Jovem, Barra do Bugres, 1991 e 2000

Faixa Etária (Anos)	Taxa de Analfabetismo		% com menos de 4 anos de estudo		% com menos de 8 anos de estudo		% frequentando a escola	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000
7 a 14	23,7	6,6	-	-	-	-	71,5	94,6
10 a 14	11,5	3,1	65,6	45,1	-	-	74,8	93,8
15 a 17	14,5	5,4	33,6	14,8	86,7	61,0	40,2	67,4
18 a 24	13,0	4,7	31,8	19,0	73,7	60,2	-	-

- = Não se aplica

Fonte: PNUD (2003)

Conforme a Tabela 03, houve redução da taxa de analfabetismo em todas as faixas etárias da população jovem. Ocorreu também elevação do percentual de crianças freqüentando a escola. No entanto, na faixa etária de 15 a 17 anos, no ano 2000, apenas 67,4 % dos jovens freqüentavam a escola.

Tabela 04 - Evolução dos Níveis de Educacionais da População Adulta (25 anos ou mais), Barra do Bugres, 1991 e 2000

INDICADORES	1991	2000
Taxa de Analfabetismo	35,1	22,4
% com menos de 4 anos de estudo	61,8	48,1
% com menos de 8 anos de estudo	84,0	76,8
Média de anos de estudo	3,2	4,4

Fonte: PNUD (2003)

Como pode ser observado na Tabela 04, apesar das reduções na taxa de analfabetismo, no percentual de pessoas com menos de 4 anos de estudo e no percentual de pessoas com menos de 8 anos de estudo, o município apresentou no ano 2000 uma taxa de analfabetismo de 22,4 %. Ou seja, quase um quarto da população adulta de Barra do Bugres é analfabeta. O percentual de pessoas com menos de 4 anos de estudo no ano 2000 foi de 48,1 %, ou seja quase metade da população adulta, sendo a média de anos de estudos, no ano 2000, de apenas 4,4. Essas informações sobre nível educacional do município, em conjunto,

demonstram parte da vulnerabilidade social dessa população.

Tabela 05 – Evolução dos Indicadores de Renda, Pobreza e Desigualdade, Barra do Bugres, 1991 e 2000

INDICADORES	1991	2000
Renda “per capita” média (R\$ de 2000)	179,0	184,6
Proporção de pobres (%)	45,9	37,8
Índice de Gini	0,61	0,57

Fonte: PNUD (2003)

A Tabela 05 mostra que a renda “per capita” média do município cresceu 3,13%, passando de R\$ 178,96 em 1991, para R\$ 184,57 em 2000. A pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar “per capita” inferior a R\$ 75,50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000) diminuiu 17,70%, passando de 45,9% em 1991 para 37,8% em 2000. A desigualdade diminuiu, com o Índice de Gini passando de 0,61, em 1991, para 0,57 em 2000.

Apesar de a desigualdade ter diminuído, a renda “per capita” média em Barra do Bugres no ano 2000, era de apenas R\$ 184,00. Além da baixa renda “per capita”, cabe salientar sua inexpressiva variação em dez anos, diferentemente do seu comportamento em outras cidades do próprio estado. Em Cuiabá, por exemplo, a renda “per capita” média cresceu 42,12%, passando de R\$ 311,08 em 1991 para R\$ 442,10 em 2000.

O município de Barra do Bugres apresentou, entretanto, uma melhoria nas condições de acesso a serviços básicos, como pode se observar na tabela abaixo.

Tabela 06- Evolução dos Indicadores de Acesso a Serviços Básicos. Barra do Bugres, 1991 e 2000

INDICADORES	1991	2000
Água Encanada	42,6	67,9
Energia Elétrica	76,0	92,0
Coleta de Lixo ¹	61,5	79,1

Fonte: PNUD (2003)

¹ Somente domicílios urbanos

Observa-se na Tabela 06 que, entre 1991 e 2000, ampliou o percentual dos domicílios com acesso à água encanada, energia elétrica e coleta de lixo. No entanto, o percentual de domicílios com acesso à água encanada é inferior ao de Cuiabá, que é de 84,3 % (PNUD, 2003).

Para melhor caracterizar as condições de vida no município de Barra do Bugres, na Tabela 07, foi utilizado o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁵, que combina três componentes do desenvolvimento humano: a longevidade, a educação, e a renda.

Tabela 07- Evolução do IDH-M, Barra do Bugres, 1991 e 2000

IDH	1991	2000
IDH Municipal (IDH-M)	0,620	0,715
Educação	0,662	0,814
Longevidade	0,560	0,688
Renda	0,639	0,644

Fonte: PNUD (2003)

Conforme a Tabela 07, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)⁶ de Barra do Bugres cresceu 15,32%, passando de 0,620 em 1991 para 0,715 em 2000. A dimensão que mais contribuiu foi a educação, com 53,3%, seguida pela longevidade, com 44,9% e pela renda, com 1,8%.

4.2 Organização da rede de serviços de saúde em Barra do Bugres

Barra do Bugres integra oficialmente a Microrregião Médio-Norte de Saúde, na qual os serviços de referência dividem-se entre esse município e Tangará da Serra. Enquanto Tangará se destaca pela oferta de serviços de saúde privados, Barra do Bugres é a principal referência hospitalar pública de boa resolutividade em âmbito regional. Essa microrregião coincide integralmente com a abrangência de atuação do Escritório Regional de Saúde (ERS)

⁶ A metodologia de cálculo do IDH envolve a transformação dessas três dimensões em índices de longevidade, educação e renda, que variam entre 0 (pior) e 1 (melhor), e a combinação desses índices em um indicador síntese. Quanto mais próximo de 1 o valor desse indicador, maior será o nível de desenvolvimento humano do país ou região (PNUD, 2003).

de Tangará da Serra, órgão da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (MATO GROSSO, 2002). Dessa forma, todos os municípios que integram esse sistema microrregional estão ligados ao mesmo Escritório Regional de Saúde.

O município conta atualmente com uma rede de saúde composta principalmente por unidades públicas. O volume de serviços adquiridos de unidades privadas contratadas ou conveniadas é mínimo e em caráter eventual. Integra o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Médio-Norte, com sede em Tangará da Serra, o que permite ao município contratar os serviços ambulatoriais especializados não disponíveis na rede municipal, na rede privada de Tangará da Serra.

Barra do Bugres era habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica. Uma vez extinto esse tipo de habilitação, com a Portaria 2023/2004 do Ministério da Saúde, o município permaneceu responsável pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica em seu território.

O modelo de atenção básica de Barra do Bugres pode ser caracterizado como um modelo misto, constituído por unidades básicas convencionais e de Unidades de Saúde da Família (USF), o que expressa um processo de transição do modelo de atenção do município.

Anteriormente, a rede de atenção básica municipal era composta por dois centros de saúde que atendiam toda a população. A partir do ano de 2001, um centro de saúde foi convertido em Unidade de Saúde da Família e, no ano de 2004, foram implantadas mais três Unidades de Saúde da Família, cobrindo 46,1% da população do município (BRASIL, 2004). Atualmente a rede de atenção básica é composta de um centro de saúde central, quatro unidades de saúde da família, na sede do município, e três postos de saúde nos distritos (BARRA DO BUGRES, 2004). No Centro de Saúde Central (CSC) está implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com uma cobertura de 18,4 % da população total do município.

A rede de saúde oferece as ações estratégicas mínimas⁷ da atenção básica preconizadas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde 2002 (NOAS/SUS 2002), mantendo os programas incentivados pela NOB/SUS 96⁸ e pela SES/MT.

O município conta ainda com os seguintes serviços de saúde: Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Reabilitação, Unidade de Coleta e Transfusão (UCT), laboratório de análise clínicas (instalado nas dependências do hospital), serviços de vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária (BARRA DO BUGRES, 2004).

O Hospital Municipal tem 78 leitos, adquirido, reformado e equipado pelo Governo do Estado no ano de 2004, é referência para a população local e municípios da região, tornando-se uma espécie de “pólo” para alguns serviços de saúde em âmbito microrregional.

O acesso dos usuários do SUS a serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade dá-se através da rede de atenção básica e do pronto atendimento do Hospital Municipal. Para tanto, a Secretaria Municipal de Saúde referencia o encaminhamento dos pacientes através de uma central de regulação, que ainda não está adequadamente estruturada.

Os serviços adquiridos através do Consórcio Intermunicipal de Saúde representam, para o município, um dos principais mecanismos de referência para serviços de saúde especializados. Os serviços contratados através do Consórcio são principalmente nas especialidades de cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia e ortopedia (BARRA DO BUGRES, 2004).

Nesse sentido, Barra do Bugres ampliou significativamente o acesso a serviços de

⁷ O controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal.

⁸ PACS, PSF, Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), Vigilância Sanitária, Epidemiologia e Controle de Doenças e Farmácia Básica.

saúde de média e alta complexidade, através de sua participação no Consórcio Intermunicipal de saúde da Região Médio-Norte.

O município utiliza, ainda, diversos serviços de referência situados em Cuiabá, em especial os serviços não disponíveis na região. Para tanto, o acesso dos pacientes é submetido ao processo de regulação desempenhado pela Central Regional de Regulação (CRR) e pela Central Estadual de Regulação (CER) (BARRA DO BUGRES, 2004).

4.3 Estrutura organizacional e gestão da Secretaria de Saúde em Barra do Bugres

4.3.1 Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde

No âmbito da estrutura organizacional do poder executivo de Barra do Bugres, as atividades da área de saúde são desempenhadas pela Secretaria Municipal de Saúde, situada no mesmo nível hierárquico das demais secretarias municipais, subordinadas ao Prefeito Municipal.

A Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Bugres não dispunha de um organograma formal. Baseando-se nas informações sobre a distribuição de suas funções deduz-se que sua estrutura organizacional apresenta uma conformação horizontalizada, revelando-se bastante “achatada”, ou seja, com poucos níveis hierárquicos. Trata-se, então, de um tipo de estrutura organizacional, em que a departamentalização se resume às coordenações de unidades de saúde.

O Secretário de Saúde está no topo da hierarquia, localizando-se abaixo e diretamente a de subordinados, em um mesmo nível hierárquico, o Hospital Municipal, que tem sua própria estrutura organizacional definida em regimento próprio, o Setor de Informática, as áreas de Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, as Unidades de Saúde da Família, a Unidade de Coleta e Transfusão de sangue, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Reabilitação. A Secretária de Saúde exerce diretamente o

comando sobre as coordenações dos serviços, sem nenhum nível hierárquico intermediário nem tampouco funções de assessoria.

Há um acúmulo de atribuições operacionais concentradas no nível decisório da Secretária de Saúde, denominado nível estratégico, o qual responde pelas demandas provenientes do gerenciamento da rede de saúde e atendimento dos processos de gestão do SUS municipal. O atendimento desses processos implica responder às rotinas burocráticas estabelecidas entre o município e as demais esferas da gestão do SUS, estadual e federal. Cabe salientar que, para cada programa ou sistema de informação, existe uma rotina própria, a qual o município deve seguir, gerando considerável quantidade de atividades burocráticas de variada complexidade. Esse acúmulo de atribuições impossibilita o pleno atendimento dos trabalhos, seja pela falta de tempo, seja pela complexidade de algumas atividades.

O gestor apontou a necessidade de contratação de dois enfermeiros para ocupar o “espaço” entre a Secretária de Saúde e as unidades de saúde, fatos esses que demonstram um excesso de setores ou áreas subordinadas a um único comando, ou seja, uma excessiva “amplitude administrativa”, com concentração de poder decisório e responsabilidades na Secretária de Saúde.

Quanto à divisão de responsabilidades e atribuições, uma parte é formalizada através de portarias, e outra ocorre informalmente. Não há regulamento formal ou regimento interno na Secretaria de Saúde e nem nas unidades básicas. Os integrantes das equipes de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) exercem múltiplas funções, com divisão de trabalho flexível em função das demandas e da disponibilidade de pessoal. Essa flexibilidade constitui a alternativa utilizada diante da falta de profissionais em algumas unidades de saúde, decorrente da indisponibilidade de profissionais para substituição em caso de servidores em férias ou nos afastamentos previstos por lei.

4.3.2 Decisões e processos de direção

Quanto aos processos de tomada de decisão, verificou-se que as decisões tomadas com maior autonomia decorreram da “insistência” do gestor em exercer essa autonomia. Ou seja, a autonomia decisória era consequência, em grande parte, de conquista de espaço, obtida “a duras penas”, em grandes embates internos, em especial com a área financeira do governo municipal. Por outro lado, foi referida a existência de autonomia delegada pelo Prefeito Municipal que, muitas vezes, não se efetivava devido a conflitos com a Secretaria de Administração.

Considerando que, nos processos de direção da gestão municipal da saúde, o Secretário de Saúde assume um papel determinante na forma como se desdobram os trabalhos, do nível estratégico ao operacional, merece destaque a estabilidade da Secretária Municipal de Saúde, que em dezembro de 2004 estava em seu terceiro ano de gestão.

Durante esse período, destaca-se a implementação do PSF, a implantação de CAPS, a instalação do novo Hospital Municipal, e outros serviços específicos que foram instalados ou aperfeiçoados no município. De forma geral, essa gestão foi marcada por conquistas e, apesar dos conflitos, conseguiu ir além do que o próprio plano de saúde previa. A Secretária de Saúde de Barra do Bugres demonstrou ter qualificação, capacidade de execução e liderança, o que contribuiu para os resultados alcançados por sua gestão.

Foram relatadas dificuldades nas relações com o poder legislativo, em função das “pressões” exercidas por alguns vereadores para a “indicação” de pessoas para cargos e funções específicas na Secretaria de Saúde. Tais “pressões” refletem práticas clientelistas no exercício do poder local, procurando sobrepor o apadrinhamento às exigências técnicas. Por outro lado, foi apontado que o legislativo não demonstrou interesse pela política de saúde e pela execução financeira dos seus recursos.

O papel desempenhado pelo Conselho Municipal de Saúde na condução da política municipal de saúde demonstrou-se incipiente, refletindo provavelmente a fragilidade dos movimentos sociais, o que, segundo a Secretária de Saúde, aponta para a necessidade de esclarecimentos sobre as funções atribuídas ao Conselho, precisando ampliar sua atuação principalmente na fiscalização da execução financeira dos recursos da saúde.

4.3.2.1 A condução das unidades de saúde

Para a Secretária de Saúde, há delegação de autoridade e responsabilidades para as Coordenações das Unidades de Saúde, que gozam de relativa autonomia decisória. No entanto, as coordenadoras das unidades de saúde, ao analisarem a questão, dividiram-se. Enquanto algumas afirmaram a existência de autonomia nas decisões internas relativas ao funcionamento da respectiva unidade de saúde, outras referiram pouca autonomia.

Verificou-se que as coordenações das unidades de saúde dependem da Secretária para diversas providências de cunho operacional como coleta de lixo, manutenção, transporte, dentre outras. É possível que essa situação decorra das características já referidas da estrutura organizacional, de excessiva concentração de atribuições no gestor.

A operacionalização dos serviços vinculados a outras secretarias denota mais as dificuldades de relações intersetoriais da administração municipal, do que pouca autonomia decisória na área de saúde.

No caso do suprimento de medicamentos, atividade esta sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde, verificou-se maior autonomia das coordenadoras de unidades básicas de saúde na obtenção desses insumos.

Verifica-se que a autonomia para a tomada de decisões não é algo exato ou preciso, mas algo que varia em função do tipo e circunstância da decisão, o que parece configurar um sistema de “limites e possibilidades”. As coordenações dependem da Secretária

de Saúde para aqueles problemas que só ela tem a “força” necessária para exercer “pressão” e obter serviços providos por agentes de outros setores do governo municipal.

As comunicações entre a Secretária de Saúde e as equipes de trabalho são predominantemente informais. As comunicações formais fazem-se principalmente com o Escritório Regional de Saúde (ERS Tangará), que também se utiliza de comunicações informais.

As reuniões são o principal mecanismo de integração e interação entre as equipes de trabalho, não tendo uma regularidade pré-estabelecida e sendo convocadas para temas específicos, quando necessário.

São realizadas reuniões das equipes em cada unidade de saúde com o PSF e PACS, com regularidade previamente estabelecida, com métodos e pautas específicas. Essas reuniões objetivam a integração da equipe, informes gerais e acompanhamento dos trabalhos, constituindo parte das rotinas estabelecidas para esses programas, ou seja, decorrem de uma orientação e método de trabalho preconizados para o PSF, orientados e estimulados pela SES-MT, através do ERS, no âmbito da estratégia de mudança no modelo de atenção.

As reuniões integram o conjunto de atividades e são preconizadas pelo programa e reforçadas no Curso Introdutório em Saúde da Família. Este curso é ofertado frequentemente pela SES-MT, através da Escola de Saúde Pública (ESP), para todos os municípios ao implementarem o programa. A orientação para a realização dessas reuniões integra o conteúdo sobre planejamento local e organização dos serviços nas Unidades de Saúde da Família (MATO GROSSO, 2004).

A realização de reuniões no âmbito de cada equipe de saúde da família constitui um aspecto positivo do gerenciamento das unidades básicas de saúde no município. No entanto, verifica-se a necessidade de incrementar os processos de interação e comunicação

entre o gestor e as equipes de trabalho, seja através de reuniões, seja por meio de outras estratégias como a gestão de projetos em função de resultados.

Os processos de direção abrangem também as relações políticas e técnicas estabelecidas com outras esferas de governo. Nesse sentido, a transição política ocorrida com a posse do novo governo estadual, em janeiro de 2003, desencadeou a substituição do coordenador do ERS de Tangará da Serra e, conseqüentemente, gerou mudanças na gestão da política regional de saúde, o que, na opinião da Secretária de Saúde, gerou problemas para o município, visto que o ERS teria passado a priorizar suas ações para um grupo de municípios do qual Barra do Bugres teria ficado parcialmente excluído. Assim, o município passou a buscar atendimento direto no nível central da SES-MT, o que repercutiu negativamente na política regional de saúde.

Outro aspecto destacado pela Secretária Municipal de Saúde é que há uma espécie de confusão entre a esfera estadual e federal do SUS quanto às suas respectivas atribuições. Foi apontado que, enquanto algumas questões podem ser resolvidas no âmbito da SES-MT, outras ainda dependem diretamente do Ministério da Saúde.

4.3.3 O planejamento

O planejamento constitui-se em um processo permanente de análise do ambiente e dos sistemas internos e externos à organização, de definir "o que se quer" e "como alcançar". Esse processo deve envolver toda a organização e tem caráter permanente para não perder rapidamente sua atualidade frente à realidade (TANCREDI, 1998).

O planejamento não deve ser confundido com o plano. O plano é um dos produtos de um amplo processo de análises e pactuação; ele documenta e enuncia as conclusões desses acordos, indicando para aonde se quer conduzir o sistema, através da definição de objetivos

estratégicos e de como se pretende agir para que as metas sejam alcançadas (TANCREDI, 1998).

O planejamento deve ser feito pelos agentes envolvidos na ação, e a figura do "planejador" deve ser vista como um facilitador do processo (TANCREDI, 1998).

Segundo Matus (1996), o planejamento tradicional é impotente para lidar com a complexidade da realidade social, por ter sido concebido com princípios deterministas e não considerar a capacidade de planejamento de outros agentes, nem a existência de incertezas. A realidade é um sistema complexo cheio de incertezas, com possibilidades de ocorrência de diversas situações não previstas no interior de um processo e que, freqüentemente, pegam de surpresa o gestor.

O exercício do planejamento na Secretaria de Saúde, como parte das funções da gestão do SUS, foi marcado por limitações decorrentes de dificuldades técnicas de operacionalização de instrumentos como a agenda da saúde, o plano de saúde, o quadro de metas e o relatório de gestão. Como já foi afirmado, a Secretaria não dispunha da quantidade suficiente de profissionais no nível estratégico, o que demonstra a insuficiência, em termos quantitativos, de profissionais qualificados na área técnico-gerencial. Apesar dessa limitação, o município mostrou utilizar plano de saúde e os instrumentos de programação previstos para o PSF.

O Plano de Saúde Plurianual, com vigência de quatro anos, foi apontado como o principal instrumento formal de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde. No entanto, no nível operacional das unidades de saúde, verificou-se que são empregados outros instrumentos formais de específicos de planejamento relacionados aos programas oficiais, em especial, no âmbito do Programa de Saúde da Família. A elaboração desse plano foi realizada com a participação dos profissionais de saúde do município, do gestor, dos coordenadores de

programas de saúde, dos responsáveis pelas unidades de saúde, mas com pouca participação do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

O plano plurianual serviu de base para grande parte das ações de saúde do município. Parte das informações epidemiológicas utilizadas na sua elaboração foram fornecidas pelo Escritório Regional, e outra parte, derivou do instrumento de controle e avaliação. Este instrumento revelou-se o principal mecanismo de controle utilizado pelos profissionais de saúde do município e será mais bem detalhado no decorrer deste estudo.

Em termos metodológicos, o Plano de Saúde de Barra do Bugres constitui-se em um produto de planejamento que não se desdobrou em planos táticos ou operacionais. O plano de saúde não traz os valores e as vinculações orçamentárias das ações, ficando limitado a uma extensa relação de programas e ações. Ele está estruturado em função de grupos de objetivos principais⁹, que se estruturam em programas, consistindo muito mais num desdobramento de programas e áreas de atividades do nível estadual e federal do que em um conjunto de prioridades de cunho efetivamente municipal, o que o põe no lugar de um “executor” de programas. Há dificuldades técnicas para gerir e executar essa variedade de ações, cabendo salientar que o plano não reflete a totalidade das ações desenvolvidas pelo município.

Merecem destaque as atividades de planejamento das equipes do PSF, que utilizam as planilhas de controle da situação de saúde da área coberta, segundo o Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB. A partir destas informações, as equipes priorizam os problemas de saúde da população e as ações correspondentes. Estas práticas baseiam-se em um método de programação operativa que considera os problemas prioritários, os objetivos e

⁹ Os principais objetivos são relacionados a (na mesma sequência do plano): Conselho Municipal de Saúde; Programa de Saúde da Mulher; Programa de Controle de Diabete e Hipertensão; Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas; Imunização; Programa de Tuberculose; SISVAN; Programa de Saúde Mental; Vigilância Epidemiológica; Programa de Hanseníase; Odontologia; Controle de Endemias; Vigilância Sanitária; Tratamento Fora do Domicílio; Sistema de Referência Regional; Exames de Média e Alta Complexidade; Sangue e Hemoderivados; SINASC/DN – SIM/DO; Programa de Saúde da Família; Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Hospital Municipal; Unidades Básicas de Saúde; Alcoolismo e Drogas; CCIH; Controle e Avaliação; Recursos Humanos; Fundo Municipal de Saúde; Câmara de Compensação; Auditoria Municipal.

a viabilidade das ações, preconizado nas capacitações profissionais do PSF (MATO GROSSO, 2004).

Especificamente no programa de hanseníase, utiliza-se um planejamento anual, avaliado ao final de cada ano, subsidiando a elaboração do plano do ano subsequente. Esse plano é orientação do Ministério da Saúde aos municípios e estados no planejamento das ações de controle da hanseníase, recomendado pela Associação Alemã de Assistência aos Hansenianos e Tuberculosos (DAHAW) como critério para a liberação de recursos financeiros para as diversas ações do programa. O plano da área de hanseníase e tuberculose é elaborado pelas responsáveis pelos programas, não envolvendo os demais profissionais de saúde da rede de atenção básica municipal, o que demonstra, nesse caso, um processo bastante centralizado de planejamento e programação.

Observou-se que, em algumas atividades operacionais, predomina a informalidade, como por exemplo na dispensação de medicamentos de hanseníase, que se utiliza de um agendamento próprio que se revelou efetivo.

4.3.4 Mecanismos de acompanhamento e controle

As atividades de acompanhamento e controle têm estreita relação com a disponibilidade de informações adequadas, em tempo certo. As informações no âmbito do SUS são geridas através dos Sistemas de Informações em Saúde. A disponibilidade de informações aos gestores e técnicos das secretarias e unidades de saúde depende de uma adequada operacionalização desses sistemas, tanto em relação à área de informática - máquinas, redes, sistemas/programas e disponibilidade de profissionais treinados, como de processos integrados de alimentação dos sistema de informação em saúde.

Os coordenadores das unidades de saúde somente têm acesso aos sistemas oficiais de informações através dos computadores instalados no setor de informática da Secretaria

Municipal de Saúde, já que as unidades de saúde não dispõem desse equipamento, o que compromete, até certo ponto, a eficiência do uso das informações em saúde no município. Esse comprometimento só não é maior devido ao uso do Caderno de Controle e Avaliação.

Em termos de mecanismos e rotinas de controle e acompanhamento de programas e indicadores de saúde, destacou-se a utilização do Caderno de Controle e Avaliação, que foi implantado no município pela iniciativa do Escritório Regional na gestão anterior a 2003. Este sistema de controle e avaliação consiste em um consolidado dos sistemas de informações em diversas planilhas, relacionadas aos principais programas de saúde do SUS. O caderno tem duas vias: uma fica no município e a outra ficava no Escritório Regional. A via do Escritório serve como um “espelho” da via municipal, para o acompanhamento pelos técnicos da Regional. Mensalmente esse espelho é remetido ao município para atualização. Tal instrumento estimula a análise de dados e o acompanhamento da situação de saúde, bem como facilita o acesso a informações, pois seu entendimento independe de conhecimentos sobre os Sistemas de Informação em Saúde.

Com relação ao controle da hanseníase, ficou evidente a importância do Caderno de Controle e Avaliação, como também em outros programas de saúde do município. Todos os entrevistados relataram fazer uso freqüente desse instrumento de controle, apontado, por unanimidade, como a principal fonte de informações epidemiológicas e como o único instrumento formal de monitoramento e controle epidemiológico, sendo base para a tomada de decisão e para o planejamento das ações na área de saúde do município. Todos os entrevistados demonstraram conhecer, operar e utilizar esse instrumento com bastante freqüência, considerando-o “muito importante para você ter dados”, permitindo à equipe analisar as informações em saúde. Apesar da importância desse instrumento de controle, no momento da coleta de dados, ele não era mais usado pelo Escritório Regional. Ainda assim,

continuou sendo utilizado no município, demonstrando a excelente adesão a essa rotina de acompanhamento das informações em saúde.

4.3.5 A gestão de recursos financeiros

Em função da pouca autonomia financeira da Secretária de Saúde, foi nessa área que a gestora enfrentou suas maiores dificuldades, visto que era a Secretaria Municipal de Administração a responsável pela ordenação das despesas da área da saúde. A pouca autonomia financeira ocasionou diversos conflitos nos momentos de tomada de decisão sobre a aplicação dos recursos financeiros.

As conquistas obtidas foram fruto da insistência do gestor em realizar os projetos previstos no plano de saúde. Essas dificuldades refletiram-se na freqüente falta de materiais devido à demora na execução da compra, pela Secretaria de Administração, que centralizava as compras da área de saúde.

O Conselho de Saúde, como parceiro na busca por mais autonomia financeira, teve uma participação considerada frágil, demonstrando a necessidade de essa instância colegiada desenvolver maior autonomia, maior responsabilidade, inclusive jurídica, para o acompanhamento da gestão financeira. O CMS deve desenvolver maior capacidade técnica para ter condições de participar na elaboração do orçamento e nas atividades de fiscalização propriamente ditas. A sua fragilidade foi compreendida apenas na sua dimensão técnica, sem abordar a dimensão política.

No Quadro 01, é estabelecida uma comparação entre o consolidado do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), ano 2003, dos municípios de Cuiabá, Tangará da Serra e Barra do Bugres, que permite visualizar a posição regional do município em relação aos gastos financeiros na área de saúde.

Em relação às despesas com receitas próprias, por habitante, verifica-se nesse Quadro, que o município de Barra do Bugres aplicou um valor maior que os outros dois municípios. Quando comparadas as transferências do SUS por habitante em 2003, verifica-se que, enquanto Cuiabá recebeu R\$ 135,18 “per capita”, Tangará da Serra recebeu R\$ 34,26 e Barra do Bugres recebeu R\$ 74,47. Como significativa parte das transferências de recursos do SUS ocorre por produção de serviços hospitalares e ambulatoriais, pode-se deduzir que essa diferença é devida às distintas capacidades instaladas em cada município.

Tabela 08- Comparação Consolidado SIOPS: Cuiabá, Tangará da Serra e Barra do Bugres, 2003.

Itens de Consolidação	Cuiabá	Tangará da Serra	Barra do Bugres
População	508.153	64.455	29.716
Despesa total saúde/ habitante	218,68	123,26	169,93
Despesas com receitas próprias / habitante	83,50	88,99	95,45
Transferências SUS / habitante	135,18	34,26	74,47
% das despesas com pessoal / despesas totais	43,69	56,84	58,69
% das despesas com investimento / despesas totais	3,07	1,13	3,76
% tranferências SUS / despesas totais	61,82	27,80	43,83
% receitas próprias aplicadas em saúde	19,05	21,30	21,95
% despesas terceiros /despesa total	34,91	13,88	8,47
Despesa total saúde	111.122.992	7.944.564	5.049.579
Despesas com recursos próprios	42.432.282	5.736.104	2.836.510
Receitas de impostos e transferências constitucionais	222.749.573	26.928.132	12.921.675
Transferências SUS	68.690.710	2.208.460	2.213.068
Despesa pessoal	48.546.013	4.515.590	2.963.420

Fonte: DATASUS, 2005

Cuiabá, pelo fato de ser referência oficial para todo o estado de Mato Grosso (e informalmente para alguns estados da Região Norte do país), concentra mais os serviços de média e alta complexidade, que custam mais, recebendo assim, mais recursos “per capita” do SUS.

Barra do Bugres apresenta uma dependência das transferências financeiras intergovernamentais na ordem de 43,83% das despesas municipais totais com saúde. O orçamento municipal cobriu 56,17 % das despesas totais com saúde, aproximando-se da

média de 54,2 %, encontrada nos pequenos municípios mato-grossenses estudados por Scatena (2000).

Com relação ao percentual de receitas próprias aplicadas em saúde, de acordo com o Quadro 01, Barra do Bugres aplicou 21,95 % de suas receitas próprias, valor discretamente superior aos demais municípios comparados, e superior aos 15% determinados pela EC-29. É importante salientar que, em função dos critérios utilizados no preenchimento das planilhas do SIOPS, esse percentual pode sofrer variações. A Secretária de Saúde e o Secretário de Administração divergiam tecnicamente sobre esses critérios, o que aponta para a possibilidade de o percentual da tabela acima não refletir a realidade do município.

Cabe ainda destacar que o processo de prestação de contas da Secretaria de Saúde está centralizado na Secretaria de Administração e o controle de custos na Secretaria Municipal de Saúde. Apenas no final do ano de 2004 que iniciou-se um controle mais apurado dos custos na Secretaria de Saúde, com a contratação de um profissional para tal finalidade.

4.3.6 Gestão de pessoas

A Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Bugres não dispõe de área ou setor encarregado da gestão de recursos humanos. Essa é uma atribuição da Secretaria Municipal de Administração, onde se procede: o suprimento de pessoal a execução da folha de pagamento, os registros e cadastros de pessoal, e o processamento dos atos administrativos relacionados à gestão de pessoal.

O município de Barra do Bugres não dispunha, no momento da coleta de dados, de um Plano de Cargos, Carreira e Salário (PCCS) exclusivo para a área da saúde. Os servidores dessa área estão incluídos em um plano geral do município, regulamentado através de lei municipal. Parte dos postos de trabalho tem sido supridas através da nomeação de pessoal aprovado em concursos públicos, enquanto uma outra parte, em especial médicos e

enfermeiros, tem sido contratada temporariamente, o que precariza o trabalho no setor. Utiliza-se, para tal, da análise e comparação de currículos como critério de seleção. O vínculo de trabalho é precário, o que, somado à baixa disponibilidade de profissionais médicos e enfermeiros em residir no município, tem gerado dificuldades de contratação desses profissionais e contribuído para o aumento de sua rotatividade. Quanto ao recebimento dos salários, os profissionais afirmaram receber em dia seus pagamentos, não havendo reclamações sobre seus rendimentos.

A distribuição do pessoal por perfil profissional e por área de atuação pode ser melhor observada no Quadro 02, demonstrando que o município tem um total de 195 trabalhadores na área de saúde (Barra do Bugres, 2004).

Apesar de não dispor de um setor de recursos humanos próprio, a Secretaria Municipal de Saúde tem investido, junto com a SES/MT, no desenvolvimento do pessoal através da realização de treinamentos. Enquanto os treinamentos para profissionais de nível superior têm sido realizados através da Escola de Saúde Pública e do Escritório Regional, os treinamentos para os ACS foram realizados pelo próprio município. Neste aspecto, as capacitações ofertadas pela SES/MT revelaram-se como o principal meio de qualificação de pessoal do SUS para o município.

Tabela 09- Pessoal por Perfil Profissional e Área de Atuação

PERFIS PROFISSIONAIS	Atenção Básica	Assistência Hospitalar	TOTAL
Médicos	8	11 *	14
Enfermeiros	6	2	8
Auxiliares de Enf.	17	43	60
Farmacêuticos/ bioq.	1	3	4
Fonoaudiólogo	1	-	1
Assistente Social	1	-	1
Fisioterapeutas	3	-	3
Psicólogos	2	-	2
Administrador Hospitalar	1	-	1
Odontólogos	4	-	4
Outros Técn. Nível Médio	2	3	5
Servidores FUNASA	21	-	21
Ag. Comum. De Saúde	44	-	44
Fiscais Sanitários	3	-	3
Vigilantes	7	3	10
Motoristas	5	-	5
Escriturários	7	2	9
TOTAL	133	67	195

* Há 05 Médicos que trabalham no Hospital e na Atenção Básica

Fonte: BARRA DO BUGRES, 2004

A análise do perfil dos profissionais que ocupam função de direção ou coordenação, seja do setor saúde, seja das unidades de saúde, demonstra aspectos qualitativos que contribuíram para o desempenho positivo das ações do programa de hanseníase.

A qualificação da Secretária de Saúde contribuiu para o exercício das atividades de gestão da saúde, pois, apesar de não possuir formação na área, é uma profissional de nível superior da área de educação, com duas especializações nessa área e experiências anteriores em funções de direção, gerência e coordenação de equipes de trabalho. A Secretária também participou de curso de aperfeiçoamento para secretários municipais de saúde, oferecido pelo COSEMS-MT, em parceria com a SES/MT.

As coordenadoras do programa de hanseníase têm formação técnica de nível médio na área de saúde e uma delas está concluindo um curso superior na área de ciências biológicas. Possuem vínculo efetivo com o município e uma é servidora estadual cedida ao

município. O vínculo estatutário permite a continuidade desses profissionais nos trabalhos do programa.

Com relação às coordenadoras das Unidades de Saúde da Família, verificou-se que 75 % delas tinham menos de um ano na função, decorrente da implantação recente dessas unidades de saúde, não servindo como indicativo de rotatividade de pessoal. Verificou-se, ainda, que os seus contratos de trabalho são precários.

4.4 A implementação do programa de hanseníase em Barra do Bugres

A forma como se organizou o programa de hanseníase em Barra do Bugres, sob o enfoque contingencial, sofreu também influências de como estava disposta a infra-estrutura de serviços de saúde de referência em hanseníase, externa ao município. A rede de serviços de referência ocupa um importante espaço para a resolutividade dos casos de hanseníase de maior complexidade clínica, através de uma série de procedimentos¹⁰ ofertados pelos serviços de média complexidade disponíveis ao município de Barra do Bugres, através do sistema de referência estadual e federal, regulado pela Central Estadual de Regulação. Em 2001, as principais unidades de referência para hanseníase em Mato Grosso eram o Instituto de Especialidades de Mato Grosso (IEMT) e o Hospital Júlio Muller.

Uma característica dos serviços de referência para as complicações em hanseníase é a de serem prestados por equipes multiprofissionais, pela necessidade de conjugar a oferta de diferentes especialidades. Segundo a Central Estadual de Regulação e o Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade de Mato Grosso (antigo IEMT, atual CERMAC), a

¹⁰ Cirurgias dermatológicas; Hansenologia; consultas especializadas; Fisioterapia; Infectologia; Internação de pacientes portadores de hanseníase em estados reacionais graves e com doenças concomitantes; monitorização de neurites de pacientes em tratamento; Oftalmologia; cirurgias de reabilitação ocular (catarata, lagofalmo); Ortopedia; cirurgias de descompressão neural com a finalidade de prevenção de incapacidades; cirurgias de reabilitação para pacientes com seqüelas em mãos e pés; Otorrinolaringologia; realização de biópsias de concha nasal inferior em doentes e contatos; consultas para cirurgias de reabilitação de face (rugas faciais com atrofia de pele, desabamento nasal, implante de sombrancelhas, etc); sapataria ortopédica; Serviço Social.

rede serviços de referências para as complicações em hanseníase tem sido capaz de atender os municípios do estado. Essa informação foi confirmada no âmbito de Barra do Bugres. No entanto, conclusões efetivas a cerca da efetividade desses serviços demandariam estudos específicos para tal fim.

Com relação ao encaminhamento dos pacientes para os serviços de referência fora do município, verificaram-se dificuldades decorrentes da insuficiência de serviços de apoio aos pacientes, como hospedagem. Este apoio é prestado, em caráter eventual, por instituições não governamentais que acolhem pacientes carentes com diferentes patologias, não constituindo uma rede de apoio estruturada.

A existência de disponibilidade dos serviços de referência aos municípios, a partir de uma rede já consolidada, que vem incorporando significativos aportes tecnológicos assistenciais aos pacientes com complicações em hanseníase, constitui fator contingencial favorável à implementação dos programas de hanseníase nos municípios mato-grossenses. A existência e funcionalidade dessa rede de serviços permite que os municípios se especializem nas ações de atenção básica, sem perder a referência necessária aos casos com complicações.

Antes da implantação do projeto Tolerância Zero em Barra do Bugres, lançado em junho de 2001, o programa de hanseníase já funcionava, nos moldes do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. Com a implementação do Tolerância Zero, ocorreu significativa intensificação das ações de controle da hanseníase no município, pelo estímulo da SES-MT, através da área técnica de hanseníase, e do ERS, através da cooperação técnica e do acompanhamento sistemático, tanto dos aspectos epidemiológicos quanto operacionais do programa.

A implementação do Tolerância Zero no município significou investir na organização e intensificação das ações. Nesse sentido, cabe conhecer um pouco sobre a organização e coordenação do programa no município.

Em Barra do Bugres, o programa de hanseníase está centralizado em duas unidades de saúde: o Centro de Saúde Central (CSC) e a Unidade de Saúde da Família Maracanã (USF Maracanã). Duas técnicas coordenam os programas de hanseníase e tuberculose em conjunto. Uma responde pelos dois programas no Centro de Saúde, enquanto a outra na USF Maracanã. Ambas receberam treinamentos em hanseníase através de cursos ofertados pela SES/MT no âmbito Tolerância Zero.

A USF Maracanã é referência no atendimento à hanseníase para os beneficiários de todas as quatro Unidades de Saúde da Família. O Centro de Saúde atende a população residente na área central, bem como a dos demais bairros e distritos do município.

A grande maioria dos casos de hanseníase está localizada nas áreas cobertas pelo PSF, constituindo as áreas de piores condições sociais.

No Centro de Saúde e USF Maracanã são realizadas consultas por médica treinada em hanseníase, bem como diagnóstico, tratamento, acompanhamento e dispensação de medicamentos para hanseníase e tuberculose.

Com relação ao diagnóstico, foi implantado um laboratório para diagnóstico de hanseníase e tuberculose na USF Maracanã. Uma das coordenadoras dos programas foi treinada no Laboratório Central da SES-MT, ficando responsável pela realização dos exames dessas patologias, o que trouxe agilidade no diagnóstico e início do tratamento. Esse laboratório atende todo o município de Barra do Bugres e também o de Porto Estrela.

As equipes de saúde da família encaminham casos suspeitos para a unidade de referência, onde os casos confirmados são tratados e acompanhados. A coordenação municipal do programa entende que a sua centralização não constitui um obstáculo ao seu desenvolvimento, por ser uma cidade pequena, com relativa facilidade de acesso ao Centro de Saúde e à USF Maracanã. Ainda assim, há consenso quanto à necessidade de descentralização dos programas de hanseníase e tuberculose. No entanto, considerando que a implantação de

três unidades de PSF ocorreu em meados de 2004, o que se pode considerar recente, justificase parcialmente o atraso na descentralização referida. Essa justificativa poderia sustentar-se na necessidade do estabelecimento de um período de transição do programa. O processo de descentralização depende de dotar as Unidades Básicas das condições técnicas para desenvolver as ações de controle de hanseníase, o que o município pretende alcançar capacitando as equipes de saúde da família.

Apesar de o programa estar centralizado, as Equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm desempenhado um papel destacado nas ações de controle da hanseníase e tuberculose. Os ACS foram capacitados sobre os sinais e sintomas dessas doenças e sobre as formas de encaminhamento dos pacientes. Mesmo com a centralização do programa em duas unidades de saúde, foi apontada a participação dos ACS no controle da endemia, através de um trabalho em conjunto com as coordenações dos programas, competindo aos ACS informar à população sobre a hanseníase por meio de distribuição de materiais educativos, de orientações prestadas nas visitas domiciliares, encaminhando os casos suspeitos para as unidades básicas de saúde. Nestas unidades, o médico atende os suspeitos e, se for necessário, encaminha-os para as unidades de referência para a confirmação do diagnóstico, realização do tratamento e acompanhamento.

A busca ativa e o exame dos contatos de pacientes têm sido também assumidos pelas coordenadoras dos programas e encaminhados às unidades de referência. Caso esses familiares não procurem a unidade, eles são objeto de busca. A busca dos faltosos deveria ser uma das atribuições dos ACS, no entanto, ela parece estar sob a responsabilidade da coordenação do programa.

Na falta de transporte específico do serviço, a coordenadora utiliza veículo próprio. Destaca-se o compromisso e a dedicação desses profissionais nos resultados positivos no controle da endemia. De forma geral, verificou-se empenho dos coordenadores do

programa, bem como do gestor e dos demais profissionais de saúde, em garantir a integridade das medidas previstas no programa de hanseníase.

Ao avaliar o desempenho do município de Barra do Bugres no programa de hanseníase, a maioria dos profissionais apontou como principal fator facilitador o empenho das pessoas envolvidas em cumprir as principais medidas do programa. Nesse sentido, é importante destacar alguns trechos de depoimentos:

“Olha, é o acompanhamento mesmo. Uma vez detectado o problema, diagnosticado, inicia o tratamento. É vigiar mesmo, é cobrar, é ver se o paciente aderiu ao tratamento, é busca ativa, é o acompanhamento direto. Eu falo isso porque a coordenadora do programa já me ligou várias vezes, já veio pessoalmente: “tal pessoa não está tomando certo o medicamento”. Aí eu mando o agente de saúde acompanhar e se preciso eu vou pessoalmente. Então é a cobrança mesmo, é pegar no pé do paciente mesmo para poder resolver. Eu atribuo a isso. Porque se a gente faz a orientação lá na unidade, distribui medicamento e não vai verificar, acompanhar de perto se a pessoa realmente está tomando, ela vai falar que tomou e pode não ter tomado. Eu acredito que seja isso. E também o controle das pessoas que convivem com o paciente, os contatos.” (E3)

“A busca, a pesquisa. As meninas vão atrás, ficam em cima, é prevenção. Acredito que seja isso, a busca ativa.” (E3)

“Ao espírito de solidariedade da equipe, que eles tiveram ...Então eu vejo assim, que o bom resultado foi o espírito de equipe que eles (todo o pessoal das unidades de saúde) tiveram, a boa vontade de trabalhar, a solidariedade com as pessoas e a responsabilidade... Eu avalio assim, foi a participação geral deles...se não fosse pelo empenho dos profissionais a gente não conseguiria não.” (E1)

“Eu acredito que esse resultado tem sido alcançado pela dedicação dos profissionais que estão envolvidos nesse processo. São pessoas que têm conhecimento, que tem uma qualificação e que elas estão assim realmente preocupadas em estar melhorando essa situação. A gente sabe que Mato Grosso é um estado onde tem vários, inúmeros casos que ainda precisam ser descobertos e tratados e eu acho que elas têm se preocupados muito com isso. São feitos mutirões, inclusive agora, essa semana terminaram de fazer um, palestras...Então assim, eu percebo uma preocupação muito grande dessas profissionais que estão envolvidas nesse programa. Eu acredito que seja por isso também. Tem o apoio também da DAHW, que elas recebem também. A prefeitura tem colaborado também. Eu acredito que é o trabalho mesmo que tem sido desenvolvido com bastante dedicação.” (E2)

Nas ações educativas, destaca-se o apoio da DAHW. Esta organização não governamental tem sede na Alemanha e atua em diversos países apoiando projetos de controle

e combate à hanseníase e à tuberculose. A cooperação prestada pela DAHW refere-se principalmente às atividades de assessoria e financiamento de campanhas educativas e atividades de cunho social relacionadas à promoção à saúde, bem como prevenção, diagnóstico e tratamento da hanseníase e tuberculose. O apoio da DAHW somou-se aos esforços desencadeados pelo Tolerância Zero, propiciando intensa mobilização nas ações educativas.

As ações educativas que integram o programa no município foram marcadas pela criatividade na elaboração de materiais publicitários e na realização de campanhas de detecção e divulgação de informações.

Os entrevistados relataram a utilização de diversas formas e meios de comunicação para a divulgação dos sinais, sintomas e cuidados com a hanseníase, entre eles o uso de rádio, televisão, faixas, cartazes, panfletos, convites (para mutirões e palestras), carro de som, inscrições em muros, publicações em jornais, mensagens nas contas de água e energia elétrica. As atividades de promoção à saúde contaram com mutirões, palestras na comunidade, realizadas em todas as escolas do município, de forma sistematizada, turma por turma, cobrindo todas as turmas da área urbana do município. A quantidade de muros pintados com mensagens sobre hanseníase nas ruas de Barra do Bugres era visível durante os dias de realização das entrevistas.

Apesar de este estudo não analisar o grau de implantação do programa de hanseníase, o que demandaria o emprego de outra trajetória metodológica, pode-se fazer algumas considerações acerca da operacionalização desse programa no município. De forma geral, verificou-se que as principais diretrizes do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase eram trabalhadas no município. Nesse sentido, os esforços dos profissionais pareciam concentrar-se na detecção precoce de casos, na vigilância dos contatos, no seguimento dos casos e na educação em saúde. A realização desse conjunto de atividades, a

capacitação e o comprometimento desses profissionais, provavelmente, constituíram condições facilitadoras para a implementação e cumprimento desse programa no município.

*Discussão e
considerações finais*

5- DISCUSSÃO e CONSIDERAÇÕES FINAIS

A definição da como dever do Estado e direito do cidadão, no Brasil, constitui-se em um fator determinante da forma como vem se estruturando o sistema público de saúde, pois representou uma mudança radical do papel do Estado no âmbito das políticas de saúde, repercutindo na conformação estrutural do SUS.

Tanto a legislação estruturante do SUS, quanto a descentralização político-administrativa desencadeada pela implementação do SUS por meio das Normas Operacionais do Ministério da Saúde, representaram marcos importantes para conformar a gestão e o planejamento dos sistemas estaduais e municipais de saúde.

Os instrumentos de gestão do SUS influenciaram a estruturação do sistema municipal de saúde estudado, produzindo uma tensão entre as competências induzidas e a autonomia municipal, como visto no Plano Municipal de Saúde de Barra do Bugres. No entanto, Branco (2004) analisa que a exigência legal da elaboração do Plano Municipal de Saúde para enquadramento nas condições de gestão, vigentes no SUS (anterior à Portaria 2.023/2004), tem contribuído para a organização da gestão municipal e para o uso da informação produzida, demonstrando a importância desse instrumento de gestão.

As transferências do Fundo Nacional de Saúde constituem importante fator facilitador para a implementação dos serviços de atenção básica. Barra do Bugres passou a contar com recursos financeiros regulares que garantem parte dos recursos necessários para a operacionalização de programas como o PACS e o PSF. Além de representar uma ampliação dos recursos para a atenção básica, essas transferências permitiram a possibilidade de

estabilizar o fluxo de caixa municipal, facilitando a contratação de profissionais, aspectos que contribuíram para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde.

Freese de Carvalho *et al.* (2004), analisando a gestão da saúde dos municípios de Pernambuco, confirmaram a importância das transferências financeiras para a organização da atenção básica nos municípios, quando apontaram que a transferência direta de recursos da esfera federal para o Fundo Municipal de Saúde, principalmente do PAB fixo e do PAB variável, facilita a gestão do SUS nos municípios. Os autores também ressaltaram que, em muitos municípios, os recursos do Fundo Nacional de Saúde são os únicos com os quais o gestor pode contar com mais previsibilidade. O fato de os recursos serem repassados aos gestores, não mais por serviços produzidos, mas pelo conjunto da população sob sua responsabilidade, constitui uma mudança que merece destaque.

A política de incentivos adotada pelo gestor estadual influencia os municípios para que assumam as responsabilidades decorrentes da descentralização (ARRETCHE, 1999). No processo de estruturação dos sistemas municipais de saúde em Mato Grosso, destacou-se o fortalecimento e a atuação da SES/MT como condutora da política estadual de saúde. Nesse sentido, a gestão estadual contribuiu significativamente para a formação de um ambiente político e técnico favorável, reestruturando e modernizando a rede de serviços de saúde estadual e oferecendo incentivos aos municípios como estímulo à descentralização e à qualificação dos serviços de saúde (COSTA, 2000; GUIMARÃES, 2002; LOTUFO, 2003; SCATENA, 2000).

Quanto às condições sócio-econômicas da população de Barra do Bugres, verificaram-se fatores sócio econômicos propícios ao desenvolvimento da hanseníase e limitadores da implementação de programa para a sua eliminação. Apesar da significativa melhoria de diversos indicadores sociais na década de 1990, o município ainda possuía, no ano 2000, alta mortalidade infantil, com 36,6 óbitos para cada 1000 nascidos vivos, apenas 67,4 %

dos jovens de 15 a 17 anos freqüentando a escola, 22,4% de analfabetismo e baixa renda “per capita” (R\$184,00), com características de estagnação. Identificando e analisando os fatores limitantes da gestão do SUS em municípios pernambucanos, Freese de Carvalho *et al.* (2004) apontaram as condições sociais críticas do sertão e do agreste daquele estado como uma situação com a qual os gestores do SUS convivem e que repercute diretamente no processo saúde-doença. Os indicadores sociais de Barra do Bugres são melhores do que os de muitos municípios do interior do nordeste brasileiro, mas ainda representam uma contingência que permeia a gestão da saúde nesse município, representando um fator que potencialmente pode limitar a efetividade dos programas de saúde.

Quanto à rede de serviços de saúde, Barra do Bugres demonstrou possuir serviços de atenção básica, de assistência hospitalar e ambulatorial bem estruturados, constituindo-se em características que facilitaram a implementação do Tolerância Zero. A adesão ao Programa de Saúde da Família e aos demais programas de saúde implementados no município deriva dos programas nacionais e estaduais, e depende, em parte, de recursos da União e do Governo de Mato Grosso, procurando adequar sua estrutura de serviços às políticas vigentes nessas esferas.

Sob o ponto de vista da política estadual, no âmbito da regionalização da assistência à saúde, o governo estadual não conseguiu viabilizar politicamente a instalação de um hospital de referência regional no município de Tangará da Serra, fornecendo incentivos para instalar um hospital menor no município de Barra do Bugres, que tem exercido papel de referência regional.

No entanto, ao assumir a gestão dessa unidade de referência, esse pequeno município passou a canalizar recursos e esforços para a assistência hospitalar, sem ainda ter completado a transição de uma atenção primária, centralizada e limitada, para uma rede de unidades de saúde da família, que cobrisse a maioria da população municipal, limitando a

capacidade de investimentos e custeio da atenção primária, o que pode ser considerado como uma inadequação às efetivas demandas por serviços de saúde da população municipal.

Freese de Carvalho et al (2004) apontaram para a ocorrência de polêmica entre os gestores da saúde em municípios pernambucanos, sobre os problemas gerados pela existência de hospital de perfil regional, gerido pelo estado ou pelo município. Os autores apontam que, tanto no caso de a gestão desses hospitais ser estadual, ou municipal, a existência dessas unidades de saúde afeta o princípio da universalidade da atenção proposto pelo SUS.

Quanto à estruturação da Secretaria de Saúde de Barra do Bugres, verificou-se uma estrutura organizacional bastante horizontalizada, com centralização de autoridade e sobrecarga de atividades no gestor municipal, registrando-se falta de profissionais nas instâncias intermediárias de coordenação. A flexibilidade da estrutura organizacional permitiu grande liberdade nas relações de trabalho, o que pode ter contribuído para a forma como são desempenhadas as atividades da coordenação do programa de hanseníase no município. Provavelmente por ser uma organização de pequeno porte, a informalidade não gere maiores problemas.

O município destacou-se também por dispor de uma Secretária de Saúde qualificada, com capacidade de liderança e dedicada à sua função, que formou uma equipe qualificada e aplicada ao trabalho.

Dos conflitos da Secretária de Saúde com o Secretário de Administração, verifica-se que a fonte de poder deste último provinha do controle de recursos, visto deter a execução financeira municipal. A falta de autonomia financeira da Secretária de Saúde de Barra do Bugres consistiu em um fator limitador da gestão do SUS no município, o que também já foi apontado em outros estudos sobre a descentralização da gestão da saúde no Brasil. Segundo Scatena (2000), a falta de autonomia financeira existente em um grupo estudado de pequenos municípios mato-grossenses apresentava-se como uma das limitações ao fortalecimento dos

sistemas de saúde. Nos seis pequenos municípios referidos, eram as secretarias de administração que controlavam e efetuavam os pagamentos da secretaria de saúde. Situação semelhante foi encontrada por Costa (2000) em municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires.

Apesar desta falta de autonomia financeira e da existência de divergências internas em relação aos critérios de cálculo dos gastos em saúde, o SIOPS informa que o município aplicou em 2003, 21,95% das receitas próprias em saúde, acima dos 15% determinados na EC-29. Embora possa haver imprecisões sobre esse valor, é fato que o município ampliou os serviços de saúde, tanto na atenção básica, quanto na assistência hospitalar e ambulatorial aumentando os gastos na saúde, aplicados em investimentos e custeio dos novos serviços.

A pressão clientelista exercida por alguns vereadores para o preenchimento de cargos, na Secretaria de Saúde, foi identificada também por Freese de Carvalho *et al.* (2004) que salientaram o clientelismo como importante fenômeno de ordem política e cultural limitador do SUS, registrando ampla ocorrência no Brasil e cristalizando relações políticas de dependência.

Ainda em relação aos processos de direção, na condução dos trabalhos do PSF no município, há que destacar-se a importância da realização de reuniões regulares entre os integrantes das equipes (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde) para avaliação e programação das atividades, indicando mudanças no processo de trabalho dos profissionais de saúde.

A função de planejamento assume especial importância na condução da Secretaria. Apesar de o município utilizar o plano de saúde como eixo central de suas ações, a falta de seu desdobramento em planos táticos e operacionais, compromete sua efetividade. O fato de o plano investigado constituir um desdobramento dos programas federais e estaduais

demonstra a preocupação do município em responder às exigências do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde, limitando a formulação de políticas locais e as possibilidades de readequação dos programas à realidade municipal.

Na elaboração do plano de saúde, apesar da participação dos funcionários nesse processo, não se contou com a participação direta do Conselho Municipal de Saúde, restringindo parcialmente a capacidade de esse instrumento de planejamento representar os anseios dos diferentes segmentos da sociedade, importantes para o exercício do controle social.

Quanto aos processos de acompanhamento da situação de saúde no município, a insuficiência de equipamentos de informática e a pouca utilização dos Sistemas de Informação em Saúde representaram um fator limitador da gestão do SUS. Essa situação foi minimizada pelo emprego intenso do Caderno de Controle e Avaliação, constituindo-se no principal meio de acompanhamento de informações em saúde no município. Segundo Branco (2004), é equivocado pensar que a informatização, proporcionada pelos computadores, garanta bons sistemas de informação. Em Barra do Bugres, apesar da pequena disponibilidade de equipamentos de informática, um bom instrumento de acompanhamento dos indicadores epidemiológicos facilitou a monitorização da execução dos programas e da situação de saúde.

O município estudado apresentou algumas dificuldades técnicas de operacionalização dos instrumentos de gestão do SUS, decorrentes da insuficiência, em termos quantitativos, de profissionais qualificados na área técnico-gerencial, o que não se restringe a Barra do Bugres. Costa (2000) encontrou semelhante situação nas secretarias de saúde dos municípios que integram o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, apontando que não dispunham, em quantidade suficiente, de profissionais de saúde qualificados na área técnico-gerencial, considerando esse fato um empecilho para o

desenvolvimento da gestão, e deficiência essa que faz com que os municípios fiquem muito dependentes tecnicamente da esfera estadual.

Em relação à gestão de recursos humanos, o município vem ampliando o seu quadro de pessoal com a instalação de novos serviços e pagando em dia seus servidores, constituindo-se em importantes aspectos facilitadores no âmbito do contexto organizacional. A qualificação dos profissionais que atuam na condução do programa de hanseníase e das Unidades de Saúde da Família permitiu o seguimento das diretrizes do referido programa. No entanto, a precariedade de parte significativa dos contratos de trabalho representou um fator limitador da gestão do SUS no município.

O processo de intensificação do controle da hanseníase, em Mato Grosso, efetivamente se desencadeou com a implementação do Tolerância Zero, que, com seus aspectos inovadores de gestão, permitiu uma intensificação das ações preconizadas pelo Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. Nesse sentido, os gestores e os profissionais de saúde foram capacitados, mobilizados e estimulados para a execução das atividades, o que influenciou positivamente a forma como o município se organizou para o controle e eliminação da hanseníase. Como município prioritário no âmbito desse programa, Barra do Bugres passou a contar com maior cooperação técnica da SES/MT, maior oferta de capacitações e estímulos financeiros, o que, juntamente com ampla e intensa divulgação, ampliou as condições do município em cumprir os componentes do programa.

No entanto, cabe destacar que a extinção do Tolerância Zero, suspendendo os pagamentos de estímulos financeiros do projeto, gerou descontinuidade no processo de mobilização popular. Pela falta de outra estratégia que substituísse o Tolerância Zero, as metas estabelecidas no programa perderam sua força e caráter de prioridade na política de saúde, embora as ações de atenção à hanseníase continuassem sendo executadas.

A descontinuidade na política de saúde não se restringiu ao Tolerância Zero, atingindo as relações políticas e técnicas do município com o Escritório Regional de Saúde, desencadeando um afastamento temporário do município em relação a esse Escritório.

A existência de um programa bem estruturado, englobando ações de vigilância epidemiológica, esquemas terapêuticos, abastecimento de medicamentos e insumos para diagnóstico, bem como seus demais componentes estratégicos, consistiram-se em fatores bastante favoráveis. A rede de referência externa ao município, bem estruturada, dispo de dos principais procedimentos para a recuperação do paciente com complicações em hanseníase, constituiu também um facilitador da estruturação do programa no âmbito municipal.

Apesar da centralização do programa municipal de hanseníase no município em duas unidades de saúde e das limitações da cobertura do PSF, ele dispunha de profissionais capacitados e de elevada adesão às suas diretrizes, fruto provável dos processos de capacitação, consistindo em fatores que contribuíram para os resultados alcançados.

Essa adesão do município envolve a decisão e determinação do gestor e dos principais agentes da rede de atenção básica em executar ações de promoção à saúde, prevenção da doença e assistência aos pacientes com hanseníase. Nesse sentido, as coordenadoras do programa demonstraram dominar o saber tecnológico para operá-lo.

Os argumentos que sustentaram a centralização consistiram na recente implantação de três Unidades de Saúde da Família (de um total de quatro) e na falta de capacitação dos demais profissionais da rede no atendimento descentralizado à hanseníase. No entanto, ambas as razões não justificam plenamente a centralização do programa, tanto por essas novas USF estarem a mais de 6 meses em funcionamento (quando coletados os dados, em dezembro de 2004) como pela disponibilidade de profissionais, do município, capacitados para a realização da capacitação mencionada. Então, apesar de haver consenso sobre a necessidade de descentralização, essa não se efetuou, possivelmente, pelos resultados

positivos que o município apresentou na avaliação do primeiro ano do Tolerância Zero, o que de certa forma, legitimava a organização adotada para o programa.

As coordenadoras do programa de hanseníase demonstraram seguir as suas diretrizes, com iniciativa e criatividade na execução dos trabalhos de controle.

A intensidade das ações de educação em saúde, a busca de casos novos e o exame dos contatos no município mostraram-se importantes para seu desempenho no âmbito estadual. Segundo Ignotti (2004), a perda de casos por falhas da vigilância epidemiológica na investigação de contatos representa a perda de oportunidade de detecção precoce e redução da transmissão da doença, comprometendo, também, a redução da prevalência oculta da hanseníase.

Parte das características dos processos de trabalho, vigentes no controle da hanseníase, decorre das próprias características da gestão da saúde no município. De forma geral, entre os fatores facilitadores da implementação do programa de hanseníase, no âmbito do contexto organizacional, destacaram-se a adesão às diretrizes programáticas e a existência de uma rede de saúde estruturada.

O projeto Tolerância Zero, através de seus componentes inovadores de gestão, dos estímulos financeiros, do estabelecimento das metas para serem alcançadas pelos municípios e da capacitação dos profissionais, desencadeou, no município estudado, uma intensificação na execução das diretrizes do programa de Hanseníase, favorecendo a adesão do município ao programa. Nesse sentido, o Tolerância Zero contribuiu para o desempenho do município de Barra do Bugres no controle da hanseníase, com vistas a sua eliminação como problema de saúde pública, evidenciando a importância desse projeto no âmbito da política estadual de saúde de Mato Grosso.

Destacou-se neste estudo a importância do contexto organizacional e gestão dos sistemas de saúde para o bom desempenho na implementação dos programas de saúde.

Referências

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO N, e ROUQUAYROL MZ. **Introdução à Epidemiologia Moderna**. Salvador - Rio de Janeiro: Apce Produtos do Conhecimento e ABRASCO,co-edição,1990.

ARRETCHE MTS. **Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 1999.

BARRA DO BUGRES. **Informações sobre a economia do município**. Disponível em: www.barradobugres.mt.gov.br . Acesso em 06/02/2005. Barra do Bugres: Prefeitura Municipal, 2005.

BRANCO MAF. **O uso da informação em saúde na gestão municipal: para além da norma**. IN: FREESE DE CARVALHO, E. Municípios: A gestão da mudança em saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

BRASIL. **Lei 8080/90**. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

BRASIL. **Lei 8142/90**. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

BRASIL. **NOAS/SUS 01/02**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **NOB/SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. **Portaria SAS/MS nº 423**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Proposta de Emenda Constitucional 00010**. Disponível em : <http://www.senado.gov.br/sf/atividade/materia/getHTML.asp?t=4950> Acesso em 01/07/2005. Brasília: Senado Federal, 2005.

BRASIL. **Portaria Nº 2.023/GM**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CASTELLANOS PL. **Sobre el concepto de salud-enfermedad.** Descripción y explicación de la situación de salud. Boletín Epidemiológico, 1990; 10(4): 1-7.

CONTANDRIOPOULOS A, CHAMPAGNE F, DENIS J e PINEAUT R. **A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos.** In: HARTZ, Z. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas/ organizado por Zulmira Maria Araújo Hartz – Rio de Janeiro: Fiocruz,1997.

CLARO LBL. **Hanseníase: Representações sobre a Doença.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

COSTA WGA. **A municipalização dos serviços de saúde no Estado de Mato Grosso: evolução e desafios.** São Paulo; 2000 (Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP).

DENIS JL, CHAMPAGNE F. **Análise da Implantação.** In: HARTZ, Z. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas/ organizado por Zulmira Maria Araújo Hartz – Rio de Janeiro: Fiocruz,1997.

DONALDSON L. Teoria da Contingência Estrutural. In: CLEGG SR, HARDY C, NORDY RN (organizadores), CALDAS M, FACHIN R, e FISCHER T. (organizadores da edição brasileira). Handbook de Estudos Organizacionais. Volume 1. São Paulo: Atlas, 1998. p. 105 – 133.

FREEZE DE CARVALHO E, CESSÉ EAP, MACHADO HOP. **Fatores limitantes de facilitadores de mudança nas organizações de saúde do SUS: dialogando com novos e velhos problemas.** IN: FREESE DE CARVALHO, E. Municípios: A gestão da mudança em saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

GUIMARÃES L. **Política de Saúde em Mato Grosso: Dois Mandatos Para a Construção da Regionalização.** IN: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO. A Regionalização da Saúde em Mato Grosso. Cuiabá: 2002.

HARTZ ZMA, et al. **Avaliação do Programa Materno-Infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil.** In: HARTZ, ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas/ organizado por Zulmira Maria Araújo Hartz – Rio de Janeiro: Fiocruz,1997.

HARTZ ZMA. **Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde.** In: HARTZ ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da

implantação de programas/ organizado por Zulmira Maria Araújo Hartz – Rio de Janeiro: Fiocruz,1997.

HELENE LMF, SALUM MJL. **A reprodução social da Hanseníase: um estudo do perfil de doentes com Hanseníase no município de São Paulo.** Cadernos de Saúde Pública 2002; jan./fev: 18 (01).

LEVCOVITZ E, LIMA LD, MACHADO CV. **Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas 2001.** Ciência e Saúde Coletiva, 2001; 6 (2): 269-291.

LOTUFO M. **Gestão Pública em Saúde : análise da capacidade de governo da alta direção da SES – Mato Grosso em 2001.** Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2003.

MENDES EV. **Os grandes dilemas do SUS.** Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENDES EV. **Reflexões Sobre a NOAS SUS 01/02.** Texto de Apoio CONASS. 2002.

MERHY EE, CHAKKAOUR M, STÉFANO E, STÉFANO ME, SANTOS CM, RODRIGUES RA. **Em busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde.** IN: MERHY EE, ONOCHO R. Agir em Saúde: um Desafio Para o Público. São Paulo/Buenos Aires: HUCITEC/Lugar Editorial, 1997.

MERHY EE. **Em busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde.** IN: MERHY EE, ONOCHO R. Agir em Saúde: um Desafio Para o Público. São Paulo/Buenos Aires: HUCITEC/Lugar Editorial, 1997.

MERHY EE. **Planejamento como Tecnologia de Gestão: Tendências e Debates do Planejamento em Saúde no Brasil.** IN: GALLO E. Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa.** Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva e Eugênio Vilaça Mendes. Belo Horizonte, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Brasília: 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes.** Brasília: 2003.

MINTZBERG H. **Ascensão e Queda do Planejamento Estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

MINTZBERG H. **Criando Organizações Eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MOREIRA TMA. **Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de Hanseníase**. Rio de Janeiro; s.n; 2002. xiv,184 p.

MORGAN G. **Imagens da Organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MUNHOZ JR S, FONTES CJF, MEIRELLES SMP. **Avaliação do programa de controle da Hanseníase em municípios mato-grossenses, Brasil**. Rev. Saúde Pública. 1997; 31 (03) jun.

PETTIGREW AM. **A cultura das organizações é administrável ?** In: FLEURY MTL. **Cultura e Poder nas Organizações**. São Paulo: Atlas, 1996.

SCATENA JHG. **Avaliação da Descentralização da Assistência à Saúde no Estado de Mato Grosso**. São Paulo; 2000. (Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP).

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO. **A regionalização da saúde em Mato Grosso**. Cuiabá: 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO. **Caderno do gestor municipal de saúde de Mato Grosso**. Cuiabá: 2001.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO. **Curso introdutório em saúde da família: guia do aluno**. Cuiabá: 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO. **Planilhas de avaliação do programa de hanseníase**. Cuiabá: Área Técnica de Hanseníase, 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO. **Programa Prioritário “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase.”** Cuiabá: 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRA DO BUGRES. **Escala de funcionários por unidade**. Barra do Bugres: 2004

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRA DO BUGRES. **Plano Plurianual de Saúde 2000-2003**. Barra do Bugres: 2000.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRA DO BUGRES. **Relatório de Gestão - 2003**. Barra do Bugres: 2004

SOUZA RR. **Sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

TANCREDI FB. **Planejamento em saúde**. Série Saúde e Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

VIANA AL. **As Políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas**. In: CANESQUI AM. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2000.

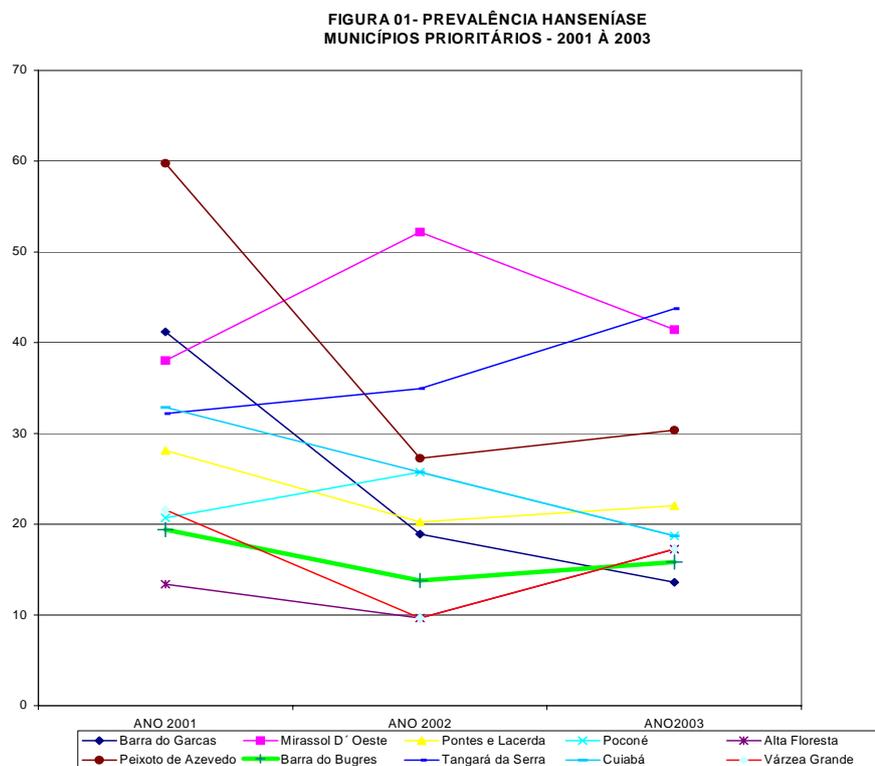
YIN RK. **Estudo de Caso – planejamento e métodos**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Anexos

ANEXO I- OS INDICADORES DE HANSENÍASE NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS

Neste anexo faz-se uma análise superficial, baseando-se em dados da SES/MT (2005), das variações da prevalência, do coeficiente de detecção e do percentual de cura da hanseníase nos municípios prioritários do Programa Prioritário “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”, no período de 2001 - 2003, com dados da SES/MT (2005).

O fato de alguns municípios terem resultados destacados não significa que apresentem “boa” situação epidemiológica, visto que esses municípios ainda possuíam endemicidade muita alta no ano de 2003, quando já haviam obtido significativas reduções em suas prevalências. Na figura 01, pode-se analisar a variação da prevalência nos municípios prioritários do programa:

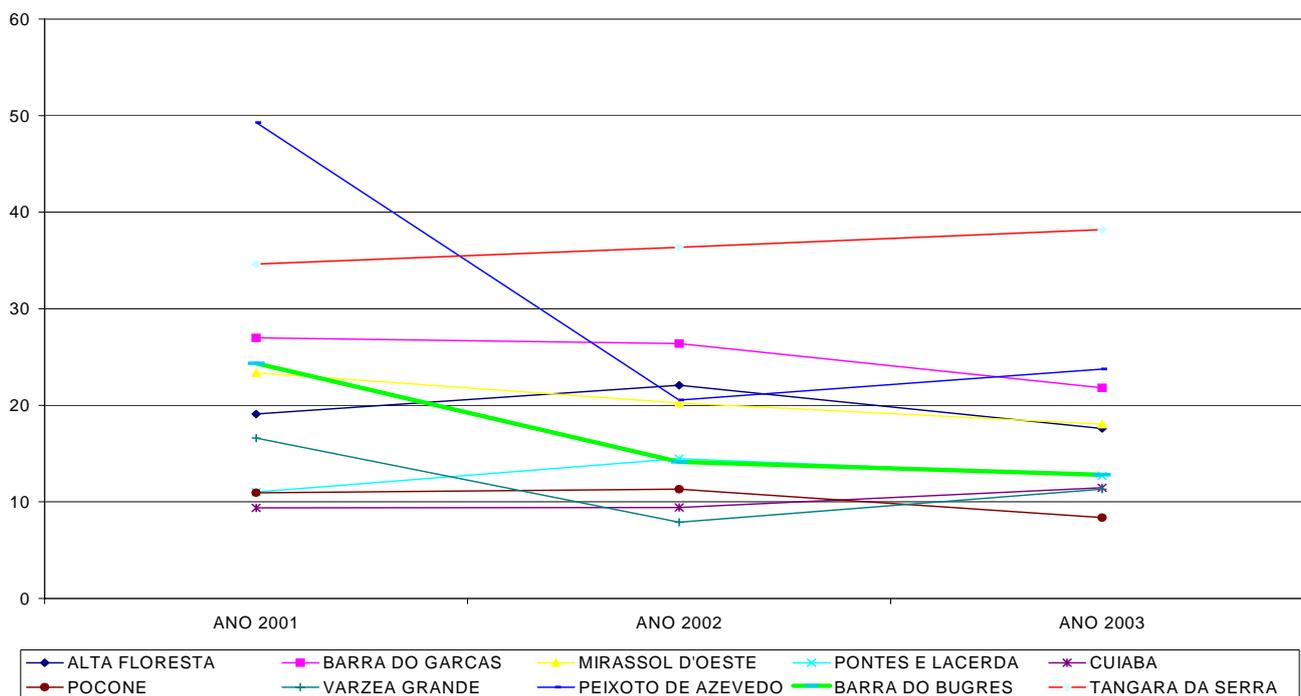


Fonte: SES/MT (2005)

Como pode ser observado na Figura 01, entre os municípios analisados, Barra do Bugres reduziu sua prevalência em Hanseníase de 19,41 casos/10.000 habitantes em 2001 para 13,18 casos/ 10.000 habitantes em 2004. Esse município não apresentou muitos altos e baixos em sua prevalência, parecendo indicar uma tendência decrescente nesse indicador. Outro município que se destacou foi Poconé, que reduziu sua prevalência em Hanseníase de 20,71 casos/10.000 habitantes para 13,44 no mesmo período analisado.

A figura 02 trata da variação do coeficiente de detecção de Hanseníase nos municípios prioritários do programa “Tolerância Zero”.

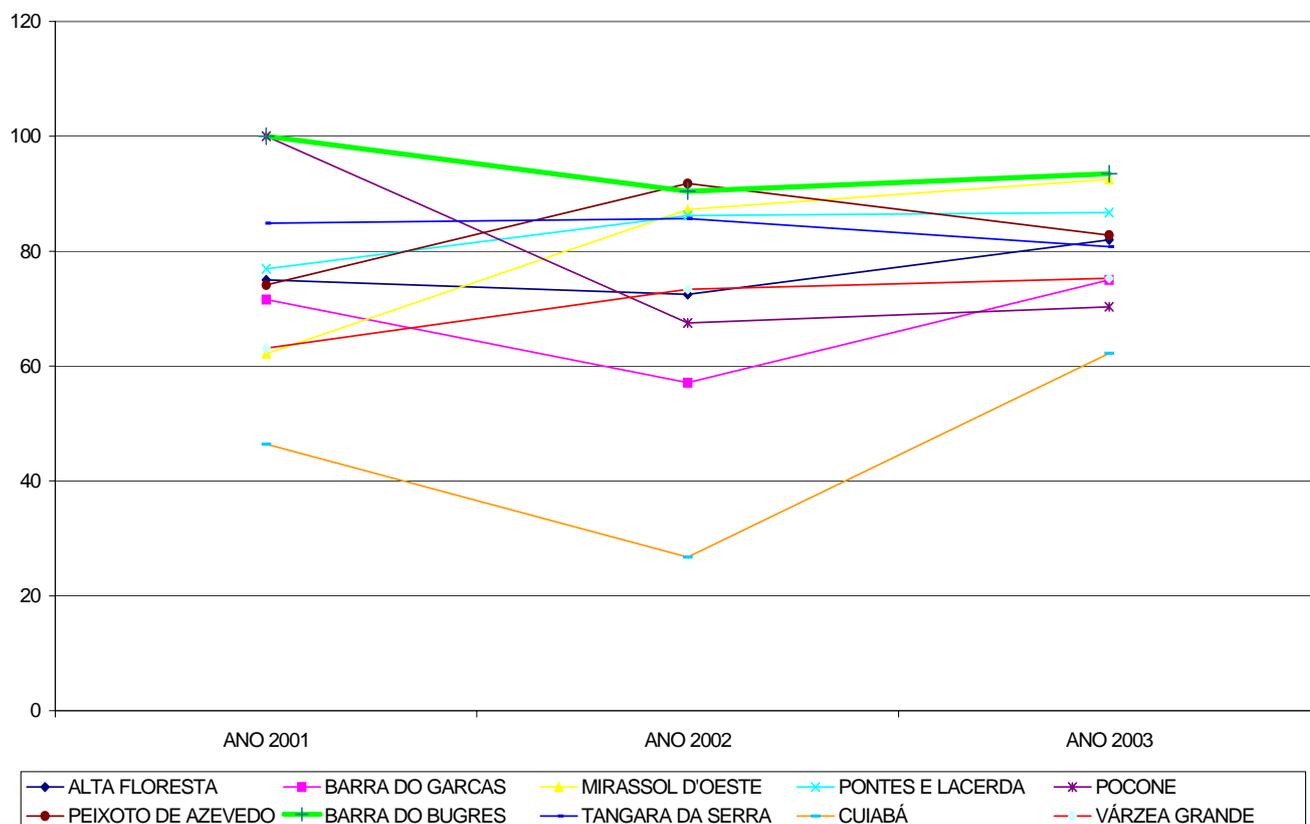
**FIGURA 02- COEFICIENTE DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE
MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS - 2001 À 2003**



Conforme a Figura 02, o município de Poconé destacou-se com uma redução do coeficiente de detecção de 10,95 casos novos/100.000 habitantes para 8,37 casos novos/100.000 habitantes no período de 2001 - 2003, representando uma queda de 23,56 % nesse indicador. No mesmo período, Barra do Bugres apresentou uma redução do coeficiente de detecção de 24,34 casos novos/100.000 habitantes para 12,79 casos novos/100.000 habitantes. Em Barra do Bugres o coeficiente de detecção da hanseníase sofreu uma redução de 47,45% no período analisado.

A figura 03, a seguir, trata da variação do percentual de cura da hanseníase nos municípios prioritários do programa: “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”.

FIGURA 03- PERCENTUAL DE CURA HANSENÍASE COORTE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS 2001 À 2003



Como pode-se observar, na figura 03, o município de Barra do Bugres conseguiu manter um percentual de cura elevado no período analisado, acima dos demais municípios prioritários, destacando-se dentre eles no Programa “Tolerância Zero”. A SES/MT através da Área Técnica de Hanseníase, que acompanha esse programa em todos os municípios do estado, também apontou Barra do Bugres como o município que se destacou no referido programa pelo alcance das metas estabelecidas.

ANEXO II – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA

ENTREVISTA	
RELAÇÕES INTERINSTIT./GOVERN. Técnicas e Políticas	<p>1. O sistema de saúde</p> <p><u>GESTOR:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por que o Programa de Hanseníase tem tido bom desempenho em Barra? 2. Organização da atenção básica. O programa de Hanseníase na rede de atenção básica. 3. Que % da população está coberto por serviços de atenção básica ? Cobertura PSF? 4. Como está organizada a média e alta complexidade? 5. Regionalização da assistência à saúde (NOAS): pactuação em andamento? Dificuldades? Partido? 6. Estratégias para a garantia de acesso: Atenção Básica; Média Complex.; Alta Complex.?
	<p>2. Descentralização da Saúde</p> <p><u>GESTOR:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como tem se dado o processo de descentralização em Barra do Bugres? 2. Quais as principais vantagens da descentralização da saúde para os usuários e p/ ogestor em <i>Barra</i>? 3. Quais as principais desvantagens da descentralização da saúde para os usuários e p/ ogestor em <i>Barra</i>? 4. Relações com a SES e o MS, considerando as atribuições assumidas pelos municípios no âmbito do SUS. 5. Relações com o ERS. Supervisão? Cooperação? Assessoria? Outros? 6. Que articulações com ONGs e outras associações civis têm contribuído com o sistema local de saúde? 7. Que articulações com a iniciativa privada têm contribuído com o sistema local de saúde?
	<p><u>GESTOR :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como o CMS tem participado da gestão municipal da Saúde? E quanto a Câmara Municipal ? E o MP? 2. Que avaliação você faz do funcionamento do CMS? 3. O município de Barra do Bugres enfrenta algum tipo de dificuldade na gestão da saúde? E facilidades?

PROCESSOS DE GESTÃO Considerando Processos Técnicos e Políticos	4. Planejamento * Aplicar em todos os níveis!	<u>GESTOR E EQUIPE DE CONDUÇÃO:</u> 1. PMS: Construção do planejamento de saúde: questões gerais. Diretrizes principais do PMS. <u>GESTOR, COORDENADORES E GERENTES DE UNIDADES:</u> 2. Planejamento; instrumentos de curto e médio prazo no município. 3. Processo de elaboração dos planos- participação. 4. Processo de elaboração dos planos- utilização das informações epidemiológicas e de avaliação. 5. Há participação dos coordenadores e implementadores no processo de elaboração? 6. De que forma? 7. Qual a frequência de readequação do planejamento de curto, médio e longo prazos? 8. Quais são os principais critérios de readequação no planejamento? 9. Conhecem o PMS, participaram? Como? Como acompanham a execução?
	4. Organização * Aplicar em todos os níveis!	1. Regimento interno: têm? Trata do quê? Há outros tipos? 2. É seguido? 3. Como se dá a atualização desses instrumentos? 4. Participação dos coordenadores e implementadores no processo de definição da organização? 5. Distribuição do trabalho? Como? utiliza QDT(quadro de distribuição do trabalho)? 6. Normalização Técnica: quais? quem faz?
	5. Direção * Aplicar em todos os níveis!	1. Tomada de Decisão: o que? quem?quando? como? 2. Há mecanismos rotineiros que estimulem a integração e interação do pessoal? Quais? 3. Meios de troca formais e informais de informações? Periodicidade? 4. Há responsável pelo programa de Hanseníase no município? 5. Como se dá a comunicação necessária à implementação do Plano (gerência)? formal? informal? Pessoalmente? Meios eletrônicos? 6. Como se dá o repasse e o controle das informações técnicas? (protocolos de tratamento, epid, de rotina do serviço e administrativa)
	6. Controle * Aplicar em todos os níveis!	1. Supervisão: como, quando, quem ? Instrumentos 2. Instrumentos para avaliação, monitoramento e controle de metas; 3. (S.I.) implantados; Como são processadas as informações; 4. Utilização dos S.I. no controle e planejamento; Análise das informações dos S.I. Que Análises? Periodicidade? 5. Monitoramento Epidemiológico, Prioridades? 6. Capacitação dos usuários dos S.I. 7. São informados às unidades/profissionais Características do Monitoramento das informações da Hanseníase. 8. Qual a principal razão que se pode atribuir ao desempenho do município no programa de Hanseníase?
		ENTREVISTA

ÁREAS DE GESTÃO Considerando Processos Técnicos e Políticos	7. Gestão de pessoas, IEC, materiais e financeiro.	7.1 Gestão de Pessoas 1. Recrutamento externo: concursos? contratação temporária? seleção (edital, entrevistas, currículos?) e interno? 2. Distribuição das pessoas no trabalho em função das necessidades quantitativas e qualitativas dos serviços e das capacidades das pessoas; 3. Carreira, salários, benefícios, higiene, segurança no trabalho, etc; 4. Treinamentos e desenvolvimento organizacional; capacitação gerencial e capacitação em hanseníase; 5. Avaliação de desempenho, banco de dados, auditorias e demais controles de RH) E nas áreas fins?
		7.2 – Gestão de IEC: Descrição resumida das principais atividades desenvolvidas nesta área.
		7.3 Gestão de Materiais: Descrição resumida das principais atividades desenvolvidas nesta área.
		7.4 Gestão Financeira EXCLUSIVAMENTE GESTOR 1. Quem faz gestão financeira-técnica? Quem é o ordenador de despesas? 2. Participação na peça orçamentária e grau de autonomia de decisão financeira. 3. Principais fontes de financiamento/receitas 4. Política de captação de recursos (Gerenciamento de contratos e convênios); 5. Principais controles de custos; 6. Critérios de alocação de recursos financeiros (custos e viabilidade da Política de Saúde); 7. Como se faz a gestão financeira: orçamentação e planejamento financeiro, faturamento, auditoria; 8. Utilização da contabilidade como sistema de informação para a tomada de decisão gerencial; 9. Transformação da informação financeira bruta em informação para controle e decisão; 10. Como é monitorada a execução orçamentária? Prestação de contas;

ANEXO III: *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)*

Nome do projeto de pesquisa: “O contexto de implantação de programa de Hanseníase em um município mato-grossense”

Pesquisador Principal: Gustavo Rodrigues Petterle

Orientador: Profa. Dra Maria Angélica dos Santos Spinelli

Instituição: Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal de Mato Grosso

O objetivo geral deste estudo é descrever o contexto organizacional do sistema municipal de saúde de Barra do Bugres, relacionando-o com a implementação do Projeto “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”.

Como objetivos específicos, pretende-se:

- caracterizar a normalização das macropolíticas que regem o processo de descentralização do SUS, nos âmbitos federal e estadual;
- caracterizar o sistema municipal de saúde, privilegiando seu contexto organizacional;
- caracterizar a implementação do projeto “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”, em Barra do Bugres;
- identificar os fatores facilitadores e limitadores da implementação do projeto.

A coleta de dados será realizada através de análise documental dos principais documentos de gestão do sistema municipal de saúde e da realização de entrevistas semi-estruturadas com técnicos e responsáveis pelos serviços de saúde pública do município. Este processo de pesquisa não acarreta riscos aos participantes.

Para responder a entrevista semi-estruturada, o processo de pesquisa demandará uma parcela de tempo dos entrevistados, que, caso estes não disponham, podem optar por não participar das entrevistas.

Os resultados desta pesquisa podem trazer benefícios para a operacionalização dos serviços de saúde, uma vez que estuda o contexto organizacional dos processos de gestão do Sistema Único de Saúde, o que conseqüentemente contribui para a melhoria das condições de saúde da população.

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo, também, que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado, ainda, que a minha participação é voluntária e que se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade.

Compreendendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, concordo em participar do mesmo.

Assinatura do participante:

Assinatura do pesquisador principal:

Em caso de dúvidas, contato através do fone: 65 8114 1311 E-mail: gustavo.petterle@uol.com.br

Local e Data: _____, _____ de _____ de 20 ____.

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processo fotocopiador. Ao usá-lo, cite a fonte.

Cuiabá, 24 de fevereiro de 2006.

Assinatura:

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)