



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA
REGIÃO CENTRO-OESTE**

ELISÂNGELA MARTINS DA SILVA COSTA

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE
CONTROLE DA DENGUE EM MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DE
MATO GROSSO DO SUL**

**CAMPO GRANDE/MS
2018**

ELISÂNGELA MARTINS DA SILVA COSTA

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE
CONTROLE DA DENGUE EM MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DE
MATO GROSSO DO SUL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para obtenção do título de Doutor.

Orientador: Rivaldo Venâncio da Cunha.

**CAMPO GRANDE/MS
2018**

FOLHA DE APROVAÇÃO

ELISÂNGELA MARTINS DA SILVA COSTA

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE
DA DENGUE EM MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DE MATO GROSSO DO SUL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Resultado: _____.

Campo Grande/MS, 19 de abril de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha - Orientador
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profa. Dra. Marisa Dias Rolan Loureiro
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profa. Dra. Sônia Maria Oliveira de Andrade
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profa. Dra. Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
Fundação Oswaldo Cruz/MS

Profa. Dra. Luiza Helena de Oliveira Cazola
Universidade Anhanguera/Uniderp

Profa. Dra. Vanessa Terezinha Gubert de Matos (Suplente)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Ao meu marido, Edgar Costa, pela força, pela cumplicidade, pelos risos, pela espera paciente, pelos sonhos sonhados juntos, pelas discussões travadas nas madrugadas, enfim, pela sua presença em minha vida. Esta vitória é nossa!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pela conquista deste sonho.

À minha família, pelo simples e, ao mesmo tempo, complexo fato de ser minha família;

Ao meu orientador, professor Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha, por confiar na minha proposta de trabalho, pelo incentivo e privilégio de ter sido sua orientanda;

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, por meio de sua coordenadora professora Dra. Iandara Schettert Silva, professores e secretários por possibilitarem a realização dessa Tese;

Aos secretários municipais de saúde, gestores e demais profissionais da saúde dos municípios de Corumbá e Ponta Porã, pelo apoio e colaboração na realização da pesquisa;

À Viviane Ametlla, gerente da Vigilância em Saúde de Corumbá, pela disponibilização de dados da dengue e pelo apoio e colaboração na realização da pesquisa;

Às professoras Dras. Luiza Helena de Oliveira Cazola, Marisa Dias Rolan Loureiro e Maria Gorette dos Reis, pela contribuição na validação dos critérios desta pesquisa;

Ao meu amigo Wagner Aparecido da Silva, pela contribuição na validação dos critérios desta pesquisa e pela disponibilização de dados;

À Kenia Uehara, técnica da vigilância epidemiológica de Corumbá, pelo apoio na realização desta pesquisa e disponibilização de dados;

À Sonaira Soares, coordenadora da vigilância epidemiológica de Ponta Porã, pelo apoio na realização desta pesquisa e disponibilização de dados;

Aos amigos Cleiton Moreira e Rozilene Cuyate, pelo apoio na realização das entrevistas e tabulação dos dados da pesquisa, pela torcida para conclusão da tese e pelos momentos de descontração que ajudaram a diminuir o peso do trabalho.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa, pela leitura e avaliação desta tese;

A todos os corumbaenses e pontaporanenses que gentilmente aceitaram a colaborar com a pesquisa.

“Adoramos a perfeição, porque não a podemos ter; repugná-la-íamos se a tivéssemos. O perfeito é o desumano, porque o homem é imperfeito”.

(Fernando Pessoa, 2011)

RESUMO

O Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) foi implantado em 2002, no Brasil, como tentativa de controle da propagação progressiva da doença desde a segunda reintrodução do seu principal vetor, o *Aedes aegypti*, em 1976. Tendo em vista que os resultados alcançados pelo PNCD estão longe do desejado, da constatação da inexistência de estudos avaliativos do programa em municípios fronteiriços e da necessidade de identificar os aspectos que podem contribuir para o seu aperfeiçoamento, este estudo tem como objetivo avaliar a implantação do PNCD em municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul. Realizou-se, no ano de 2016, uma pesquisa avaliativa do tipo Análise de Implantação. Foram selecionados os municípios de Corumbá e Ponta Porã pelo fato de seus territórios estarem em contato direto com o limite internacional do Brasil com a Bolívia e com o Paraguai, respectivamente, e por serem municípios prioritários para o PNCD. O trabalho foi desenvolvido em três etapas: estudo de avaliabilidade; avaliação normativa da estrutura e processo; e análise de implantação, considerando os contextos externos, políticos-organizacionais e dos efeitos do programa. O estudo de avaliabilidade permitiu a construção do Modelo Lógico do Programa, do Modelo Teórico da Avaliação e da elaboração e validação da matriz de critérios para avaliar o PNCD. Para a realização da avaliação normativa e análise de implantação procedeu-se a um estudo de casos, utilizando os modelos desenvolvidos no estudo de avaliabilidade. A coleta de dados envolveu análise documental, aplicação de questionários estruturados e entrevistas semiestruturadas com informantes-chave: secretários de saúde, gerentes da vigilância em saúde, coordenadores da vigilância epidemiológica, do controle de vetores e da atenção primária à saúde, presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde, agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias, técnicos da vigilância epidemiológica, médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e dos hospitais e a população dos dois municípios. No total, participaram do estudo 613 informantes-chave em Corumbá e 541 em Ponta Porã. Verificou-se que o PNCD estava parcialmente implantado em ambos os municípios, com grau de implantação de 63,1% e 66,4% para Corumbá e Ponta Porã, respectivamente. A inadequação dos recursos materiais, a falta de integração com atenção básica e a baixa capacitação de recursos humanos foram alguns dos fatores desfavoráveis à implantação do programa em ambos os municípios. O contexto externo dos dois municípios foi desfavorável à implantação das ações de controle da dengue; em Corumbá a capacidade de governo e a governabilidade apresentaram-se favoráveis e o projeto de governo pouco favorável; em Ponta Porã o lado mais robusto do triângulo foi a governabilidade; projeto de governo e capacidade de governo mostraram-se, respectivamente, pouco favorável e desfavorável; as metas propostas pelo PNCD não foram alcançadas nos municípios selecionados. Houve uma modulação entre os contextos externo e político-organizacional para a implantação parcial do PNCD; a implantação parcial dos programas, por si só, não foi capaz de explicar o não cumprimento de todas as metas preconizadas pelo PNCD nos municípios fronteiriços estudados.

Palavras-chave: dengue; áreas de fronteira; avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT

National Dengue Control Program (PNCD) was implemented in Brazil in 2002 as an attempt to control the progressive spread of the disease since the second reintroduction of its main vector, *Aedes aegypti*, in 1976. Considering that the results achieved by the PNCD are far from desired, the lack of evaluation studies of the program in border municipalities and the need to identify the aspects that can contribute to its improvement, this study aims to evaluate the implementation of the PNCD in border municipalities of Mato Grosso do Sul State, Brazil. In the year of 2016, an evaluation research of the type of Implementation Analysis was carried out. The municipalities of Corumbá and Ponta Porã were selected because their territories are in direct contact with the international boundary of Brazil with Bolivia and Paraguay, respectively, and because they are priority municipalities for the PNCD. The work was developed in three stages: evaluability study; normative evaluation of structure and process; and implementation analysis, considering the external and political-organizational contexts and the effects of the program. The evaluability study allowed the construction of the Logical Model of the Program, the Theoretical Model of Evaluation and the elaboration and validation of the matrix of criteria to evaluate the PNCD. For the accomplishment of the normative evaluation and implementation analysis, a case study was carried out, using the models developed in the study of evaluability. Data collection involved documentary analysis, application of structured questionnaires and semi-structured interviews with stakeholders: managers responsible for the Municipal Health Bureau, the health surveillance, the coordination of epidemiological surveillance, vector control and primary care, presidents of the Municipal Health Councils, community health agents, endemic control agents, epidemiological surveillance technicians, doctors and nurses from the Family Health Strategy and hospitals and the population of the two municipalities. In total, 613 stakeholders participated of the study in Corumbá and 541 in Ponta Porã. It was verified that the PNCD was partially implanted in both municipalities, with a degree of implantation of 63.1% and 66.4% for Corumbá and Ponta Porã, respectively. The inadequacy of material resources, the lack of integration with primary care and the low human resources training were some of the factors unfavorable to the implementation of the program in both municipalities. The external context of the two municipalities was unfavorable to the implementation of dengue control actions; in Corumbá, government capacity and governability was favorable and the project of government little favorable; in Ponta Porã the most robust side of the triangle was governability; project of government and government capacity were, respectively, little favorable and unfavorable; the goals proposed by the PNCD were not reached in the selected municipalities. There was a modulation between the external and political-organizational contexts for the partial implementation of the PNCD; the partial implementation of the programs alone was not able to explain the non-fulfillment of all the goals advocated by the PNCD in the border municipalities studied.

Keywords: dengue; border areas; program evaluation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos confirmados de dengue grave, óbitos e taxa de letalidade de dengue em Mato Grosso do Sul, 2001 a 2017.....	25
ARTIGO 1	
Tabela 1 - Média, desvio-padrão e pontuação final dos critérios da avaliação, segundo especialistas consultados.....	64
ARTIGO 2	
Tabela 1 - Grau de implantação conforme componentes e critérios avaliados na dimensão estrutura do Programa de Controle da Dengue dos municípios de Corumbá e Ponta Porã. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016.....	89
Tabela 2 - Grau de implantação conforme componentes e critérios avaliados na dimensão processo do Programa de Controle da Dengue dos municípios de Corumbá e Ponta Porã. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016.....	90
ARTIGO 3	
Tabela 1 - Casos notificados, taxas de incidência e taxas de letalidade por dengue. Corumbá, Ponta Porã/MS, 2001-2016.....	108

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Série histórica dos casos notificados e taxa de incidência de dengue no estado de Mato Grosso do Sul, 2001 a 2017.....	24
Figura 2 - Modelo teórico da avaliação da implantação do PNCD nos municípios fronteiriços.....	40
Figura 3 - Localização geográfica dos municípios de Corumbá e Ponta Porã no estado de Mato Grosso do Sul.....	42
ARTIGO 1	
Figura 1 - Modelo lógico do PNCD em municípios de fronteira.....	60
Figura 2 - Modelo teórico da avaliação do PNCD em municípios de fronteira.....	61
ARTIGO 2	
Figura 1 - Grau de implantação do Programa de Controle da Dengue dos municípios de Corumbá e Ponta Porã. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016.....	88
Figura 2 - Grau de implantação dos componentes do Programa de Controle da Dengue nos municípios de Corumbá e Ponta Porã. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016.....	92
ARTIGO 3	
Figura 1 - Modelo teórico da avaliação da implantação do PNCD nos municípios fronteiriços.....	96
Figura 2 - Contexto externo de Corumbá e Ponta Porã/MS, 2016.....	101
Figura 3 - Contexto político-organizacional de Corumbá e Ponta Porã, 2016.....	104
Figura 4 - Índice de infestação predial. Corumbá, Ponta Porã/MS, 2007 a 2016.....	109

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Etapa da pesquisa, contexto de análise e pergunta avaliativa.....	41
Quadro 2 - Dimensões e subdimensões do Modelo Teórico da Avaliação.....	44
Quadro 3 - Número dos sujeitos da pesquisa.....	47
Quadro 4 - Objetivos específicos, procedimentos de coleta e fonte de dados.....	49
Quadro 5 - Matriz de análise e julgamento da estrutura do PNCD nos municípios fronteiriços de Corumbá e Ponta Porã/MS.....	50
Quadro 6 - Matriz de análise e julgamento do processo do PNCD nos municípios fronteiriços de Corumbá e Ponta Porã/MS.....	51
Quadro 7 - Intervalos de escores para determinação do grau de implantação.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agentes de Controle de Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
<i>Ae. aegypti</i>	<i>Aedes aegypti</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DENV	Dengue virus
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMS	Fundo Municipal da Saúde
GI	Grau de Implantação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IIP	Índice de Infestação Predial
IMS	Instituto de Medicina Social
INMET	Instituto Nacional de Meteorologia
LIRAA	Levantamento Rápido de Índices de Infestação pelo <i>Aedes aegypti</i>
MS	Mato Grosso do Sul
OBSERVARH	Observatório de Recursos Humanos em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PE	Pontuação Esperada
PEAa	Plano de Erradicação do <i>Aedes aegypti</i>
PIACD	Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue
PMCD	Programa Municipal de Controle da Dengue
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue

PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PO	Pontuação Observada
RG	Relatório de Gestão
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde
SisPNCD	Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFVS	Teto Financeiro de Vigilância em Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
VE	Vigilância Epidemiológica
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1 Etiologia e aspectos clínicos da dengue.....	20
2.2 Histórico e epidemiologia da dengue.....	21
2.3 O Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD.....	25
2.4 Dengue em áreas de fronteira.....	29
2.5 Avaliação: conceitos e abordagens.....	33
3 PERGUNTAS AVALIATIVAS E OBJETIVOS.....	38
3.1 Perguntas avaliativas.....	38
3.2 Objetivos.....	38
3.2.1 Objetivo geral.....	38
3.2.2 Objetivos específicos.....	38
4 METODOLOGIA.....	39
4.1 Delineamento do estudo.....	39
4.2 Estudo de avaliabilidade.....	39
4.3 Avaliação normativa e análise de implantação.....	40
4.3.1 Seleção dos municípios-caso.....	41
4.3.2 Categorias de análise.....	43
4.3.3 Sujeitos da pesquisa.....	45
4.3.4 Coleta de dados.....	47
4.3.5 Análise dos dados.....	49
4.3.5.1 <i>Análise do grau de implantação do PNCD.....</i>	<i>49</i>
4.3.5.2 <i>Análise da influência do contexto externo e político-organizacional no grau de implantação.....</i>	<i>53</i>
4.3.5.3 <i>Análise da influência do grau de implantação nos efeitos observados.....</i>	<i>54</i>

4.4 Considerações éticas e divulgação dos resultados.....	54
5 RESULTADOS.....	56
5.1 Artigo 1 - Estratégia metodológica de construção de indicadores para avaliação do Programa Nacional de Controle da Dengue em municípios fronteiriços.....	56
5.2 Artigo 2 - Avaliação do Programa de Controle da Dengue em dois municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016.....	76
5.3 Artigo 3 - O programa de controle da dengue em dois municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul: uma análise de implantação.....	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	118
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Secretário de saúde, gerente da vigilância em saúde, coordenador da vigilância epidemiológica, coordenador de controle de vetores/endemias, coordenador de atenção primária à saúde e presidente do Conselho Municipal de Saúde).....	127
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (População).....	129
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Técnicos da vigilância epidemiológica, Agentes de Controle de Endemias, Agentes Comunitário de Saúde, Médicos e Enfermeiros).....	131
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM SECRETÁRIO(A) DE SAÚDE.....	133
APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O(A) GERENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	135
APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O COORDENADOR(a) DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	137
APÊNDICE G - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O COORDENADOR(a) MUNICIPAL DO PCD OU COORDENADOR(a) DE CONTROLE DE VETORES/ENDEMIAS.....	140
APÊNDICE H - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O(A) COORDENADOR(A) DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	143
APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PRESIDENTE OU REPRESENTANTE LEGAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS)..	145

APÊNDICE J - QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES COM OS TÉCNICOS DA VE.....	146
APÊNDICE K - QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES COM OS AGENTES DE CONTROLE DE ENDEMIAS – ACE..	149
APÊNDICE L - QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – ACS.....	151
APÊNDICE M - QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES COM MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESF.....	153
APÊNDICE N - QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES COM MÉDICOS E ENFERMEIROS DO HOSPITAL.....	156
APÊNDICE O - ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	158
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	159
ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBÁ.....	163
ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA PORÃ.....	164
ANEXO D - AUTORIZAÇÃO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CORUMBÁ.....	165
ANEXO E - AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL DR JOSÉ DE SIMONE NETTO.....	166

1 INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) foi instituído em 2002, no Brasil, como tentativa de controle da propagação progressiva da doença desde a segunda reintrodução do seu principal vetor, o *Aedes aegypti*, em 1976, a partir dos estados do Rio Grande do Norte e Rio de Janeiro (BRAGA; VALLE, 2007). O programa estabeleceu como metas a (1) redução dos índices de infestação predial a menos que 1%; (2) diminuição do número de casos da doença em 50%, em 2003, em relação a 2002 e de 25% nos anos subsequentes; e (3) redução da letalidade por febre hemorrágica de dengue a menos de 1%. Está organizado em dez componentes compreendendo ações operacionais de vigilância integrada, entomológica e sobre o meio ambiente; de assistência aos pacientes; de educação em saúde, comunicação e mobilização social; capacitação dos profissionais; sustentação político-social e monitoramento e avaliação (BRASIL, 2002).

O PNCD foi implantado em todos os municípios brasileiros, com ênfase em alguns considerados prioritários: (1) capitais de estado e respectiva região metropolitana; (2) municípios com população igual ou superior a 50 mil habitantes; (3) municípios com potencial para a introdução de novos sorotipos de dengue (fronteiras, portuários, núcleos de turismo etc.) (BRASIL, 2002). Cabe aos municípios a gestão e a execução das ações do programa, com apoio dos estados e do Ministério da Saúde quando necessário, cabendo ao nível federal a maior parte do financiamento.

Nesses quase 16 anos de PNCD, muito se questiona sobre a efetividade e satisfação com os resultados das ações empreendidas. Apesar dos esforços e dos altos custos investidos, ainda ocorrem epidemias e óbitos por dengue. Neste século, o Brasil notificou mais casos de dengue do que qualquer outro país no mundo, aproximadamente 11,2 milhões até 2017, destacando as recentes epidemias de 2015 e 2016, com 1,6 e 1,5 milhões de casos, respectivamente. A taxa média de letalidade nesses dois anos foi de 5,5% (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018). O estado de Mato Grosso do Sul (MS) também registrou epidemias nos anos de 2015 e 2016, com incidências de 1.720,9 e 2.314,2 casos por 100.000/habitantes, respectivamente, e taxa média de letalidade de 5,3%. Em 2017, apesar de uma média incidência da doença (244,2 casos por 100.000/habitantes), o estado registrou uma taxa de letalidade de 8,3% (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

Dentre os vinte municípios prioritários para o PNCD em MS, dois são de fronteiras internacionais: Corumbá (fronteira Brasil/Bolívia) e Ponta Porã (fronteira Brasil/Paraguai). Nesses municípios, o fluxo transfronteiriço de pessoas é um importante veículo de

disseminação dos sorotipos/cepas do vírus da dengue, aumentando o potencial de epidemias (BRASIL, 2002). Além disso, a proximidade com o outro país exige diferentes estratégias de controle da doença comparadas aos demais territórios nacionais.

Deste modo, tendo em vista que os resultados alcançados estão longe do desejado, da constatação da inexistência de estudos avaliativos do programa em municípios fronteiriços e da necessidade de identificar os aspectos que podem contribuir para o seu aperfeiçoamento, este estudo tem como objetivo avaliar a implantação do PNCD em dois municípios fronteiriços do estado de MS: Corumbá e Ponta Porã.

A avaliação em saúde, de acordo com Contandriopoulos *et al.*, (1997), implica uma coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e resultados dos programas ou intervenção, com o propósito de emitir um julgamento sobre o valor e o mérito do que está sendo avaliado. Portanto, partiu-se de três perguntas avaliativas: a) Qual é o grau de implantação do PNCD nos municípios fronteiriços de MS? b) Os contextos externo e político-organizacional influenciam a implantação do PNCD nos municípios fronteiriços de MS? c) O grau de implantação do PNCD influencia os efeitos encontrados?

Primeiramente se propôs uma revisão da literatura, importante para a construção e estruturação do trabalho. Foram desenvolvidos três temas principais: a dengue (etiologia, aspectos clínicos, histórico, epidemiologia e o PNCD), dengue em áreas de fronteira e avaliação em saúde (conceitos e abordagens). Em seguida são trazidos os objetivos e a metodologia.

Os resultados, com foco nos objetivos, foram organizados em três artigos científicos distintos e desenvolvidos em sequência lógica. Esses artigos encontram-se em diferentes situações de avaliação, sendo que o último ainda não foi enviado e aguarda as avaliações da banca de defesa para envio à revista.

A primeira etapa do processo avaliativo, referente ao primeiro artigo da tese denominado "**Estratégia metodológica de construção de indicadores para avaliação do Programa Nacional de Controle da Dengue em municípios fronteiriços**" correspondeu a um estudo de avaliabilidade, definido como um conjunto de procedimentos que antecedem a realização da avaliação propriamente dita (LEVITON *et al.*, 2010). Este exercício permitiu a construção do modelo lógico do programa, do modelo teórico da avaliação e da elaboração e validação, através de técnica de consenso entre especialistas, da matriz de critérios para avaliar o programa. Este estudo foi publicado na Revista GeoPantanal do curso de Geografia e do Mestrado em Estudos Fronteiriços do Campus Pantanal/UFMS (COSTA; CUNHA, 2017).

O segundo artigo da tese "**Avaliação do Programa de Controle da Dengue em dois municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016**" determinou o grau de implantação (GI) do PNCD nos dois municípios selecionados. Foram avaliados a estrutura e o processo de trabalho dos 10 componentes do PNCD, como normatizado. Para quantificar a realização das atividades, foi empregado um sistema de escores. Foi constatado que o PNCD estava parcialmente implantado nos dois municípios, com GI de 63,1% e 66,4% para Corumbá e Ponta Porã, respectivamente. Esse artigo foi submetido a Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil e aguarda parecer de seus avaliadores.

Na última etapa, referente ao terceiro artigo da tese (**O programa de controle da dengue em municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul: uma análise de implantação**) tomou-se como objeto de estudo o contexto da implantação, a dimensão político-organizacional, considerando os aspectos gerenciais e de organização dos sistemas municipais de saúde dos municípios estudados e os efeitos atribuídos ao PNCD. Supõe-se que a implantação das ações de controle da dengue é influenciada pelos determinantes contextuais externo e político-organizacional e que os efeitos observados sofrem influência da variação do GI da intervenção.

Os resultados do estudo permitiram confirmar a suposição inicial, principalmente quanto a influência dos determinantes contextuais no GI do PNCD. É possível afirmar que houve uma modulação entre estratégias facilitadoras e dificultadoras para a implantação parcial do PNCD nos municípios estudados. Com relação aos efeitos observados, a implantação parcial dos programas, por si só, não foi capaz de explicar o não cumprimento de todas as metas preconizadas pelo PNCD nos dois municípios fronteiriços. Esse artigo aguarda as considerações finais da banca examinadora para ser enviado para publicação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Etiologia e aspectos clínicos da dengue

Os vírus transmitidos por artrópodes (arbovírus) compreendem um grupo taxonômico diversificado. Todos os arbovírus atualmente reconhecidos são encontrados em cinco famílias, incluindo os flavivírus (gênero *Flavivirus*, um dos três gêneros da família *Flaviviridae*) (WEAVER; VASILAKIS, 2009). Mais de 50% de todos os flavivírus conhecidos estão associados a doenças humanas, incluindo alguns dos patógenos humanos mais importantes, como a dengue, a febre amarela, a encefalite japonesa, o Nilo Ocidental e a Zika.

Devido ao número de pessoas em risco de desenvolver a doença e o impacto econômico, a dengue continua a ser a arbovirose mais importante a nível mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Estima-se cerca de 390 milhões de infecções (96 milhões sintomáticas) e 20 mil mortes anualmente (BHATT *et al.*, 2013), com aproximadamente 3,9 bilhões de pessoas vivendo em regiões onde a doença é endêmica (BRADY *et al.*, 2012). Em todo o mundo, são gastos aproximadamente 40 bilhões de dólares por ano com a doença, incluindo cuidados médicos, vigilância, controle do vetor e perda de produtividade (SELCK; ADALJA; BODDIE, 2014). Nas Américas, os gastos estimados podem chegar a quatro bilhões de dólares por ano (SHEPARD *et al.*, 2011).

Existem quatro sorotipos do vírus da dengue antigenicamente distintos em circulação entre humanos: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4. Um potencial quinto sorotipo, DENV-5, foi isolado em 2007 de um paciente na Malásia, porém ainda não está claro se este vírus é capaz de sustentar a transmissão entre humanos (NORMILE, 2013). Enquanto a infecção com um sorotipo específico confere imunidade longa a essa cepa, esta proteção é geralmente fraca e de curta duração contra os outros sorotipos, com duração de cerca de dois a três meses no máximo.

A dengue é transmitida ao homem pela picada do mosquito do gênero *Aedes*, sendo o *Aedes aegypti* (*Ae. aegypti*) seu principal vetor, no entanto, outras espécies do gênero *Aedes*, como *Aedes albopictus*, também podem ser vetores da transmissão do vírus da dengue. O *Ae. aegypti* é altamente adaptado aos ambientes urbanos, reproduzindo-se em água parada encontrada em qualquer recipiente artificial ou natural. É um dos vetores mais capazes: ele se alimenta principalmente de seres humanos, frequentemente pica várias vezes em uma única

refeição, tem uma picada quase imperceptível e vive muito perto dos seres humanos (GUBLER, 2002).

A infecção pelo vírus da dengue é caracterizada por amplo espectro clínico, muitas vezes com evolução e resultados imprevisíveis. Os casos de dengue são classificados como dengue não grave e dengue grave. O grupo de dengue não grave inclui pacientes que desenvolvem uma doença autolimitante com febre, anorexia, náuseas, erupção cutânea, dores no corpo, leucopenia e teste de torniquete positivo, e aqueles que também possuem sinais de alerta de desenvolver dengue grave, como dor abdominal, vômitos persistentes, acúmulo de líquido, hemorragia de mucosa, letargia, aumento do fígado e aumento do hematócrito com diminuição rápida na contagem de plaquetas. O grupo de dengue grave inclui pacientes com extravasamento plasmático grave que podem levar a choque hipovolêmico ou dificuldade respiratória devido ao acúmulo de líquido no pulmão, hemorragia maciça e comprometimento de órgãos (fígado, coração ou sistema nervoso) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

O curso clínico da dengue começa após um período de incubação de três a sete dias e pode durar até dez ou mais dias. Uma vez que os sintomas começam, o paciente é capaz de transmitir a doença ao mosquito vetor. A fase febril inicial pode durar até uma semana e caracteriza-se por uma febre alta ($> 38,5$ °C), podendo vir acompanhada de dor corporal generalizada, eritema, mialgia, artralgia, cefaleia e dor retro-ocular. Embora a maioria dos casos recupere-se espontaneamente após o estágio febril, um pequeno número de pacientes, principalmente crianças ou adultos jovens, avançará para a fase crítica que se caracteriza pelo aumento da permeabilidade vascular e extravasamento de plasma para o espaço extravascular. A fase crítica geralmente começa em torno da defervescência e pode durar até quatro dias. No final desta fase ocorre a reversão espontânea e gradual do extravasamento capilar e melhora do estado geral. Na fase de recuperação pode aparecer um exantema do tipo “ilhas brancas em um mar vermelho”, prurido e bradicardia ao eletrocardiograma (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Apesar de ser uma doença com manifestações clínicas complexas, a quase totalidade dos óbitos é evitável e depende, na maioria das vezes, de uma rede de serviços de saúde cuidadosamente organizada e da eficiência da assistência oferecida (CUNHA; MARTINEZ, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

2.2 Histórico e epidemiologia da dengue

O ancestral do vírus da dengue surgiu há 1.000 - 2.000 anos entre macacos na África ou na Ásia; DENV-1 e DENV-2 provavelmente surgiram muito mais recentemente, talvez nos últimos três séculos (DUNHAM; HOLMES, 2007; HOLMES; TWIDDY, 2003). Embora as primeiras descrições de grandes epidemias de uma doença que possa ser dengue aconteceram em 1.779 e 1.780, relatos de doenças clinicamente compatíveis com dengue ocorreram ainda mais cedo. O primeiro registro encontrado até o momento está em documentos chineses que datam do início do século III (GUBLER, 1998).

Antes do século XIX, o vírus e o vetor se espalharam pelo mundo em reservas de água potável armazenadas a bordo de veleiros, mantendo os ciclos de transmissão por tempo suficiente até chegar a um porto e causar epidemias. Os intervalos entre as epidemias eram longos, provavelmente devido à dificuldade de introdução de novos sorotipos do vírus em decorrência do lento transporte marítimo (WEAVER; VASILAKIS, 2009).

Mudanças ecológicas, demográficas e epidemiológicas ocorridas durante a II Guerra Mundial criaram condições ideais para o aumento da transmissão de doenças transmitidas por mosquitos e foi nesse cenário que começou uma pandemia global de dengue (GUBLER, 2002). Com o aumento das epidemias surgiram os primeiros relatos de uma doença mais aguda, denominada febre hemorrágica da dengue ou dengue grave, provavelmente como resultado da cocirculação dos múltiplos sorotipos do vírus da dengue (GUZMAN *et al.*, 2010). Desde então, viagens de avião, rápida urbanização de regiões tropicais, globalização e controle inadequado do vetor permitiram que a dengue se espalhasse extensivamente em todo o mundo e particularmente na África, na Ásia e nas Américas (FREDERICKS; FERNANDEZ-SESMA, 2014).

As primeiras descrições feitas sobre a dengue nas Américas datam de 1635, após surgimento de alguns casos com sintomas reconhecidos como a doença na Martinica e em Guadalupe; em 1780, na Filadélfia e em 1818 no Peru, onde houve 50.000 casos durante a primeira epidemia registrada (GUBLER, 1997).

Por mais de três décadas, o trabalho de erradicação do *Ae. aegypti* pelo programa de erradicação da febre amarela urbana influenciou na reintrodução da dengue em vários países do continente Americano. No entanto, apesar do comprometimento da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e de muitos países americanos, nem todos obtiveram êxito na eliminação do vetor em seu território no período entre 1848 e 1972 (GUBLER, 2005). Países como os das ilhas do Caribe, Guiana Francesa, Suriname, Venezuela e Estados Unidos, que não alcançaram a erradicação do *Ae. aegypti*, facilitaram a sua reinfestação em países que já o haviam erradicado. A reintrodução da dengue no continente Americano iniciou-se na década

de 1960 com epidemias na Venezuela e em várias ilhas do Caribe. Nos países que haviam erradicado o vetor, as medidas de vigilância e controle não foram sustentadas e ocorreram reinfestações subsequentes do mosquito e, em 1987, quase todos os países já estavam com *Ae. aegypti* em seu território, facilitando a reintrodução da dengue (VASCONCELOS *et al.*, 1999). Desde então, a dengue encontra-se disseminada por todo continente com surtos epidêmicos que ocorrem em intervalos de três a cinco anos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Nas últimas três décadas as Américas apresentaram um recrudescimento do quadro epidemiológico da dengue. De 1980 a 1989, foram registrados 1.033.417 casos; de 1990 a 1999 foram 2.666.986 casos notificados e de 2000 a 2009 passou para 6.431.917 casos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Em 2016, foram notificados mais de 2,3 milhões de casos suspeitos de dengue nesse continente, com 4.274 casos graves e 1.032 mortes. Do total notificado, 62% ocorreram no Brasil, 7,4% no Paraguai e 1,3% na Bolívia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a). Já em 2017, o número de casos registrados foi quatro vezes menor (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

No Brasil, faz-se referência à dengue desde o ano de 1846, com epidemias no Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo, contudo, sem comprovação laboratorial, sendo que a primeira epidemia documentada laboratorialmente vem ocorrer no final de 1981 e início de 1982, na cidade de Boa Vista, Roraima (BRAGA; VALLE, 2007; OSANAI *et al.*, 1983).

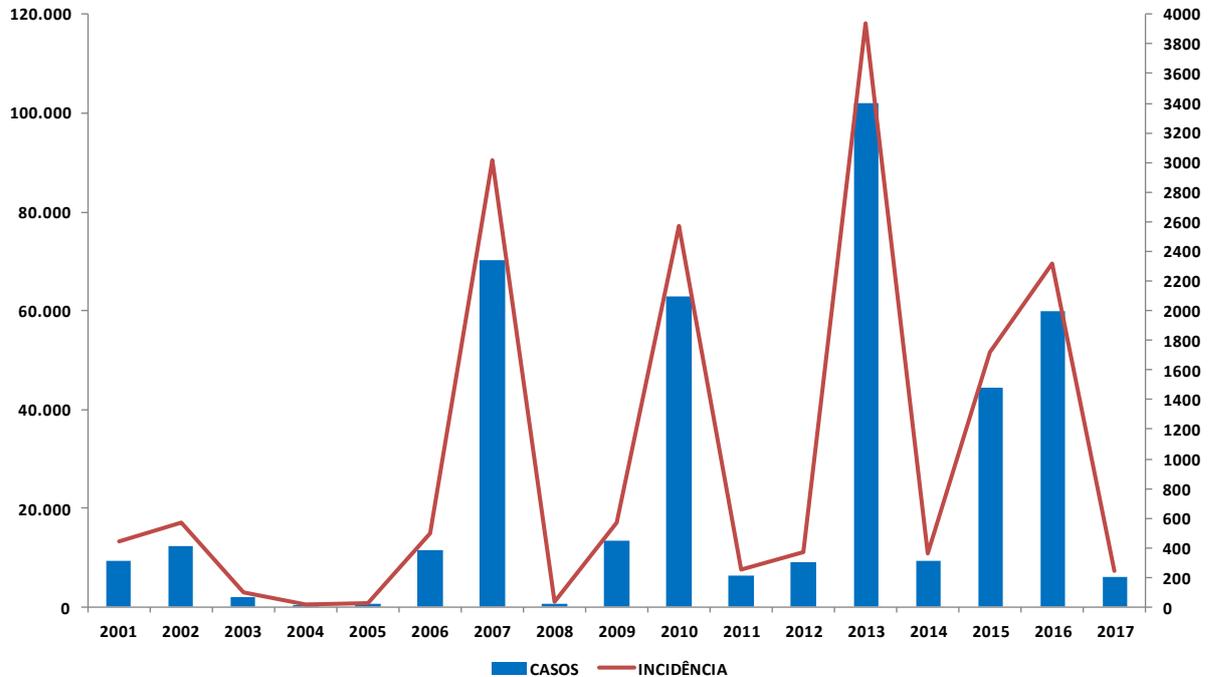
Mendonça, Souza e Dutra (2009) relatam que na década de 1950 e 60, após intensas campanhas sanitárias, o *Ae. aegypti*, transmissor da dengue e febre amarela foi erradicado no Brasil. O sucesso das campanhas gerou despreocupação por parte do poder público e da sociedade, que somados à urbanização desordenada em meados dos anos 1970 provocou o ressurgimento da dengue no Brasil.

A partir de 1986, a dengue adquiriu importância epidemiológica no país, quando a epidemia pelo subtipo DENV-1 ocorrida no Rio de Janeiro se dispersou para os estados do Nordeste, alcançando São Paulo, Minas Gerais e Mato Grosso do Sul (SCHATZMAYR, 2000). Atualmente circulam no país os quatro sorotipos do vírus e a doença ocorre em todos os estados do Brasil de forma continuada, intercalando-se com a ocorrência de epidemias, geralmente associadas com a introdução de novos sorotipos em áreas anteriormente indenes ou alteração do sorotipo predominante.

Em Mato Grosso do Sul (MS), a circulação do vírus dengue foi confirmada pela primeira vez em 1987, quando foi isolado o sorotipo 1 em Campo Grande (CUNHA *et al.*,

1996). No entanto, a primeira epidemia ocorreu apenas em 1990, ano em que foram notificados 9.757 casos de dengue, a maioria em Campo Grande.

Figura 1 - Série histórica dos casos notificados e taxa de incidência de dengue no estado de Mato Grosso do Sul, 2001 a 2017



Fonte: SINAN/SES/MS. Incidência por 100.000 hab.

Segundo os dados apresentados na Figura 1, os surtos epidêmicos de dengue em MS vêm ocorrendo, a partir de 2007, em intervalos de três anos. O estado registrou epidemias em 2007, 2010, 2013 e 2016 com 70.272, 62.915, 102.026 e 59.874 casos notificados, respectivamente. As taxas de incidência nesses anos epidêmicos também estão acima de 2.000/100.000 habitantes chegando a 3.014,3 e 3.943,41/100.000 habitantes em 2007 e 2013, respectivamente.

A maior taxa de letalidade foi registrada durante a epidemia de 2010: 23,44% (Tabela 1). Nos anos de 2001, 2002, 2004, 2005 e 2008 não foram registrados óbitos pela doença no estado. Nos outros anos, a taxa de letalidade manteve-se acima da esperada (< 1%). Observa-se que a maior epidemia ocorrida no período de 2001 a 2017 foi registrada no ano 2013: maior número de casos notificados, maior incidência e número de casos graves. Esta epidemia foi considerada uma das maiores já ocorridas nos últimos dez anos, sendo decretada situação de emergência na capital do estado, Campo Grande (POMPEO, 2016).

A mobilização de diversos profissionais da área da saúde e autoridades, a fim de tentar conter o aumento do número de casos, e ampliar e otimizar o atendimento à população surtiu

resultados positivos no que diz respeito à qualidade do atendimento ao paciente, pois, mesmo com um número alto de casos graves, a taxa de letalidade foi a segunda menor registrada no período (Tabela 1).

Tabela 1 - Casos confirmados de dengue grave, óbitos e taxa de letalidade de dengue em Mato Grosso do Sul, 2001 a 2017

ANO	CASOS GRAVES	ÓBITOS	TAXA DE LETALIDADE¹
2001	5	0	-
2002	46	0	-
2003	7	1	14,29
2004	0	0	-
2005	2	0	-
2006	27	5	18,52
2007	148	14	9,46
2008	6	0	-
2009	128	2	1,56
2010	192	45	23,44
2011	21	3	14,29
2012	36	7	19,44
2013	774	36	4,65
2014	65	5	7,69
2015	352	19	5,39
2016	295	19	6,44
2017	36	3	8,33

Fonte: SINAN/SES/MS.

¹Taxa de letalidade: número de óbitos por dengue x 100/casos de dengue graves /MS.

2.3 O Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD

Considerando que a dengue é uma ameaça à saúde pública, principalmente por sua elevada distribuição geográfica, impacto econômico e falta de tratamento específico, o desenvolvimento de uma vacina tetravalente segura e eficaz representaria um grande avanço no controle da doença (THOMAS; ROTHMAN, 2015). Em dezembro de 2015, a primeira vacina produzida contra os quatro sorotipos de Dengue - Dengvaxia® (Sanofi-Pasteur) foi licenciada no Brasil. Houve registros, também, em outros 10 países: México, Filipinas, El Salvador, Costa Rica, Paraguai, Peru, Indonésia, Tailândia e Singapura (AGUIAR; STOLLENWERK; HALSTEAD, 2016).

No Brasil, com exceção do estado do Paraná que decidiu promover em setembro de 2016 uma campanha de vacinação em massa com a Dengvaxia®, a vacina não foi ainda incorporada ao Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, sendo

comercializada apenas no mercado privado. O único país a incorporar a vacina para vacinação em massa realizada pelo sistema público foi Filipinas (SANOFI PASTEUR, 2016).

Desde o seu lançamento, dúvidas foram levantadas sobre a efetividade do produto, em função da sua baixa eficácia, em torno de 65%, sobre a faixa etária restrita (9 a 45 anos) e sobre a adesão das pessoas às três doses, com seis meses de intervalo entre cada uma delas (HALSTEAD, 2016). Em função desses aspectos, a vacina provocou debates no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorridos em três grupos técnicos, em 2014, 2015 e 2017, dos quais participaram especialistas brasileiros. Em 13 de dezembro de 2017, a OMS emitiu um alerta recomendando que a vacina Dengvaxia® deve ser ministrada apenas em indivíduos previamente infectados com dengue, baseado em evidências indicando aumento na incidência de hospitalização e doença grave em crianças vacinadas nunca infectadas com dengue (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

A despeito do alerta emitido pela OMS, as Filipinas interromperam a vacinação e recomendações foram feitas para que o estado do Paraná também a fizesse e que o Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde do Brasil não incorpore a vacina Dengvaxia® à sua cesta de produtos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2018).

No entanto, mesmo quando uma vacina eficaz contra o vírus da dengue estiver comercialmente disponível, a saúde pública continuará dependendo em grande parte da vigilância e controle vetorial. O consenso entre os pesquisadores é de que nenhuma intervenção única será suficiente para controlar a doença e de que as duas estratégias se complementam e se aprimoram (ACHEE *et al.*, 2015; WEBB, 2016).

Estratégias diferenciadas têm sido adotadas no Brasil para a redução da ocorrência de epidemias e morbi-mortalidade por dengue. No ano de 1996, o Ministério da Saúde criou o Plano de Erradicação do *Ae. aegypti* (PEAa), que preconizava a atuação multissetorial e previa um modelo descentralizado com a participação das três esferas de governo, cujo principal objetivo se concentrava na redução dos casos de dengue hemorrágica. O plano foi organizado e dividido em nove componentes, a saber: entomologia; operações de campo de combate ao vetor; vigilância de portos, aeroportos e fronteiras; saneamento; informação, educação e comunicação social; vigilância epidemiológica e sistema de informação; laboratório; desenvolvimento de recursos humanos e legislação de suporte. De acordo com o PEAa, os benefícios da erradicação do vetor justificariam, plenamente, os esforços das fases iniciais e implicariam, no longo prazo, redução de custos (BRASIL, 1996).

No entanto, muitos municípios não aderiram e as ações intersetoriais não aconteceram conforme o proposto. O aumento do número de casos de dengue e o avanço da infestação vetorial demonstravam que a implementação do PEAa não havia obtido o êxito esperado. Sua execução consistiu quase que exclusivamente de combate vetorial químico (BRAGA; VALLE, 2007; ZARA *et al.*, 2016).

No ano de 2001, diante da constatação da impossibilidade de se erradicar o mosquito vetor da dengue e a introdução/circulação do sorotipo DENV3 e circulação concomitante do DENV1 e o DENV2 no país, que elevou o risco de epidemias e de casos de dengue grave, o Ministério da Saúde cria o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD), que focalizou as ações nos municípios com maior número de casos da doença, considerados prioritários (BRAGA; VALLE, 2007; BRASIL, 2001).

Os municípios prioritários foram escolhidos dentre aqueles que apresentaram infestação por *Ae. aegypti* e registro de transmissão de dengue no ano de 2000/2001, com as seguintes particularidades: a) ser capital de estado, incluindo sua região metropolitana; b) contar com população igual ou superior a 50.000 habitantes; e c) ser receptivo à introdução de novos sorotipos de dengue (municípios de fronteiras, portos e núcleos de turismo) (BRASIL, 2001).

Em 2002, foi implantado o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), que pauta até hoje as ações e políticas públicas no controle da doença. O PNCD dá continuidade a algumas propostas do PIACD, como a ênfase nos municípios prioritários e ressalta a necessidade de modificações, inclusive em alguns aspectos essenciais, como: construção do programa em caráter permanente; respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com a gestão e execução do programa realizada pelos municípios e integração com as ações básicas de saúde; e gestão integrada dos vários componentes do programa (BRASIL, 2002).

Com o objetivo de reduzir a infestação pelo *Ae. aegypti*, a incidência da dengue e a letalidade por febre hemorrágica da dengue, o PNCD apresenta as seguintes metas:

- a) redução a menos de 1% da infestação predial em todos os municípios;
- b) redução em 50% do número de casos de 2003 em relação a 2002 e nos seguintes 25% a cada ano;
- c) redução da letalidade por febre hemorrágica da dengue a menos de 1%.

O PNCD foi elaborado a partir de dez componentes de atuação, os quais, por se tratar de uma doença complexa cujo controle se desenvolverá no longo prazo, poderão ser adequados para as realidades locais e revistos permanentemente, desde que estejam em sintonia com seus objetivos e metas (BRASIL, 2002). Os componentes são:

1 - Vigilância Epidemiológica (Vigilância de Casos, Vigilância Laboratorial, Vigilância em Áreas de fronteira, Vigilância Entomológica), que tem como objetivo reduzir o número de casos e a ocorrência de epidemias, com detecção precoce da circulação viral.

2 - Combate ao Vetor - objetiva manter os índices de infestação inferiores a 1% e redução do índice de pendência abaixo de 10%.

3 - Assistência aos Pacientes - busca garantir a assistência adequada, promovendo a redução da taxa de letalidade, com a organização da rede e os serviços, elaboração de planos de contingência e viabilização de exames laboratoriais complementares para monitoramento dos casos de dengue.

4 - Integração com Atenção Básica (PACS/ESF) - tem como objetivo a inserção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia Saúde da Família nas ações de prevenção e controle da dengue.

5 - Ações de Saneamento Ambiental – fomenta o fornecimento contínuo de água e coleta e destinação adequada dos resíduos sólidos.

6 - Ações Integradas de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social - tem como objetivo principal promover o desenvolvimento de ações educativas para a mudança de comportamento e a adoção de práticas para a manutenção do ambiente domiciliar preservado da infestação por *Ae. aegypti*.

7 - Capacitação de Recursos Humanos – objetiva a capacitação de recursos humanos das três esferas de governo para maior efetividade das ações em todas as áreas envolvidas.

8 – Legislação – busca fornecer suporte legal para que as ações sejam implementadas com a cobertura e intensidade necessárias a redução dos índices de infestação.

9 - Sustentação Político-Social – visa sensibilizar e mobilizar setores políticos para assegurar o aporte financeiro e a articulação intersetorial necessários à implantação do programa.

10 - Acompanhamento e Avaliação do PNCD - visa o permanente acompanhamento da execução das ações, avaliando os resultados obtidos e eventual redirecionamento ou adequação das estratégias adotadas.

Esses dez componentes técnicos do PNCD nortearam a organização e implantação dos programas municipais de controle da dengue em todo o país, especialmente no conjunto de municípios prioritários de todos os estados, concentrando esforços e recursos. No estado de Mato Grosso do Sul, à época da implantação do programa, foram eleitos sete municípios prioritários. Atualmente, de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, 20 municípios são prioritários para o PNCD no estado. Cabe destacar que os municípios de Corumbá e Ponta

Porã são prioritários para o PNCD desde a sua implantação (MATO GROSSO DO SUL, 2018).

A execução das ações do programa está incorporada na rotina das secretarias municipais de saúde, com apoio dos estados e do Ministério da Saúde quando necessário, cabendo ao nível federal a maior parte do financiamento. A efetividade da prevenção e controle da dengue, considerando a complexidade e amplitude das ações propostas pelo PNCD, requer adequação das ações aos diferentes contextos e especificidades locais; controle sobre as metodologias de intervenção e acompanhamento, mantendo seu caráter integral; realização de ações integradas e oportunas entre os vários setores da administração pública e a população, em quantidade e qualidade reconhecidas para produzir os efeitos esperados (FIGUEIRÓ *et al.*, 2010).

2.4 Dengue em áreas de fronteira

A palavra fronteira é marcada por forte polissemia nos tempos atuais. Sua expressão remete aquilo que está na frente, o começo e o fim de algo e, sobretudo, contato entre diferentes (COSTA, 2011). Fala-se em fronteira entre países, do desconhecido, das ciências, tecnológica etc. O conceito de fronteira é intrinsecamente relacional, pois coloca frente a frente e num mesmo espaço de possível convivência os de dentro (*insiders*) e os de fora (*outsiders*).

Machado (1998) indica que a palavra fronteira nasceu com seu uso sem nenhuma associação com outro conceito, sem nenhuma conotação política ou intelectual. Indicava o que estava na frente, à margem do mundo habitado – um fenômeno próprio da vida social. Conforme as civilizações extrapolaram o nível de subsistência e atingiram escalas e necessidades comerciais, as fronteiras dos lugares habitados transformaram-se em espaços de comunicação, assumindo uma feição política com o sentido de começo do Estado.

A origem moderna do conceito vem do latim, derivado de *front*, *in front*, às margens (NOGUEIRA, 2007). Na língua francesa significa literalmente “fazer face” e “ser vizinho de” (GUICHONET; RAFFESTIN, 1974). Seu entendimento e uso passou por importante mudança ao longo dos tempos. De início, o termo era utilizado para expressar os limites territoriais entre os estados nacionais. Após as grandes guerras mundiais agregou o sentido de possibilidades de integração. Importante destacar que um e outro uso ainda são frequentes. O sentido de fronteira para o Estado ainda é mais focado no conceito de segurança nacional, de defesa dos limites do seu território, portanto associado à proteção da sua propriedade. Para as

empresas e para as pessoas trata-se de possibilidades de negócios, de complementariedades, ou seja, um espaço permeável aos fluxos de pessoas, mercadorias e capitais. Em suma, um conceito sobremaneira relacional.

Fronteira e limite passaram a ser elementos diferentes, em um mesmo contexto geográfico. O diferenciador passou a ser o interesse de utilização. Fronteira é, nesse estudo, uma noção de área geográfica que contém o limite internacional, não necessariamente, no seu meio e; limite, a divisa entre duas nações (COSTA, 2011). São conceitos diferentes: a fronteira é orientada por forças centrífugas (fluxos que se originam do interior e partem para fora), enquanto os limites orientam-se por forças centrípetas, tendentes à centralização do poder (MACHADO, 1998). O limite é uma linha que demarca o que está dentro e o que está fora; a fronteira é uma região onde um se transforma no outro, gradualmente (HANNERZ, 1997). Mas, a fronteira contém o limite e é ele quem ajuda a definir a fronteira (COSTA, 2011).

O conceito de fronteira implica movimento. Trata-se de uma área de difusão de múltiplos elementos do espaço físico e da sociedade, cada qual com suas especificidades e diferenças espaço-temporal (BENTANCOR, 2008) e alcance de suas territorialidades. Vale dizer que, simultaneamente, convive-se com territórios praticamente sem fronteiras (ao menos para o capital financeiro) e com a construção de muros nos limites internacionais; as nações menos desenvolvidas enfrentam enormes desafios no enfrentamento das barreiras elaboradas para proteção das nações mais desenvolvidas (HAESBAERT, 2016).

Estudando as fronteiras argentinas, Benedetti e Salizzi (2014) encontraram seis proposições que, de modo geral, caracterizam os espaços investigados e podem ser aplicadas a várias outras díades ou tríades. Para eles as fronteiras: 1) são realidades relacionais que brotam dos relacionamentos entre espaços geográficos e entre os grupos humanos e os diferenciam, ao mesmo tempo; 2) podem ser consideradas tanto como um lugar, quanto como uma região, dependendo da escala do interesse em estudo; 3) são definidas pela tensão entre territorialidades de dois ou mais territórios que a formam e de outras diferentes escalas e interesses de atuação; 4) são espaços de continuidade e de descontinuidade, com o sentido de barreiras e de passagem, ao mesmo tempo; 5) enquanto categoria analítica articulam vários elementos articulados, funcionando como um conjunto indissociável, único e contraditório de objetos e ações – por isso é recomendável a utilização do termo espaço fronteiro que abarca os territórios vizinhos e seu limite; 6) são totalmente indissociáveis de mobilidade – a fronteira, no seu limite, separa; a mobilidade, em essência, une.

É justamente essa última proposição a mais intrinsecamente ligada à transmissão de doenças infecciosas nas fronteiras. A mobilidade é a capacidade de movimento dos indivíduos a partir de razões multidimensionais (LOPEZ; BEATRIZ NIETO; ARIAS, 2010). São, acima de tudo, fluxos que nos espaços fronteiriços são bastante comuns e com distintas finalidades: atravessar a fronteira por trabalho, atendimento médico, estudos, lazer ou para comprar mais barato e, sua intensidade depende do tipo de acesso que se tem, da infraestrutura, e da proximidade entre as cidades fronteiriças. Esses movimentos desempenham um papel significativo na transmissão de agentes patogênicos, disseminação de doenças infecciosas e emergência de novos agentes patogênicos (STODDARD *et al.*, 2009).

Para a vigilância em saúde, a mobilidade transfronteiriça é vista como uma ameaça ou risco, como descreve Peiter (2007, p. 238):

[...] la movilidad transfronteriza es una estrategia de las poblaciones, pero también es un problema para la vigilancia en el ámbito de la salud, ya que dificulta los registros de salud, el seguimiento del tratamiento de pacientes, la planificación y la implementación de acciones en salud. [...] además de hacer ineficaces acciones territoriales de salud como la inmunización, el control de vectores, y el control ambiental. Por estos motivos, la frontera debe ser vista como un área particularmente vulnerable para la salud.

Estudos tem identificado a importância da mobilidade transfronteiriça na transmissão de várias doenças, incluindo Aids (MOMBELLI *et al.*, 2015), malária (PEITER *et al.*, 2013), tuberculose (BRAGA; HERRERO; CUELLAR, 2011) e febre amarela (OTSHUDIEMA *et al.*, 2017). Na epidemiologia das infecções por dengue, ela desempenha um papel essencial, uma vez que os indivíduos podem transportar os diversos sorotipos e cepas do vírus para áreas que podem sustentar a transmissão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Como exemplo, a Província de Yunnan, localizada no sudeste da China e vizinha dos países Myanmar e Laos (ambos endêmicos para dengue) vinha registrando até 2013, casos esporádicos de dengue importados de seus vizinhos. Durante 2013-2015, essa região enfrentou uma grande epidemia de dengue com circulação dos quatro sorotipos do vírus. Os autores concluíram que os casos importados de Myanmar e Laos foram a principal causa da epidemia da doença na província (HU *et al.*, 2017).

Na fronteira dos Estados Unidos com o México, durante um surto de dengue no ano de 2014 em Sonora, México, 93 casos de dengue foram reportados no Arizona, Estados Unidos. Todos associados a viagens. Embora nenhum caso tenha sido adquirido localmente, a presença do *Ae. Aegypti* no lado americano, colocou o Arizona em risco para a transmissão local da doença (JONES *et al.*, 2016).

A importância dos fluxos transfronteiriços na transmissão da dengue, também pode ser observada na epidemia ocorrida em Corumbá/MS, no ano de 2009, causada pelo vírus tipo 1, que há dez anos não era detectado no estado de MS. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, o primeiro caso registrado no município veio de Santa Cruz de la Sierra (Bolívia) que encontrou em Corumbá um ambiente propício para propagação (FONSECA, 2011).

Adicionalmente, os municípios fronteiriços enfrentam barreiras jurídicas, políticas, técnicas e operacionais impostas pelo limite internacional para o controle das doenças, para o tratamento de doentes e para a oferta dos serviços de saúde. As fronteiras são constituídas de, pelo menos, dois territórios com normas particulares (COSTA, 2013). Importante lembrar que é na fronteira onde os interesses nacionais e locais confluem para o mesmo território e onde ocorre uma justaposição de escalas (BENEDETTI, 2011), isso porque a mesma linha que limita os territórios dos países serve para delimitar os territórios dos municípios. Essa forma de pensar vai ao encontro de Gallo, Costa e Moraes (2004, p. 43) ao reconhecerem que “cuando el municipio vecino es también de país vecino, barreras diplomáticas, legales, económicas y sociales se interponen a la planificación conjunta”. Logo, como as políticas públicas se limitam à abrangência jurisdicional, as práticas de prevenção e controle da dengue serão prejudicadas caso o território vizinho não adote cuidados similares.

A questão é que o enfrentamento das doenças em municípios fronteiriços, incluindo a dengue, só é possível mediante a cooperação entre eles (PEITER, 2007). Neste aspecto, um estudo desenvolvido por Giovanella *et al.* (2007) em quatro municípios brasileiros de fronteira, observou a presença de algum tipo de cooperação em saúde em cerca da metade dos municípios pesquisados (48%). Os tipos de cooperação mais frequentes foram fórum ou grupo internacional no município ou região sobre saúde na fronteira, realização de ações conjuntas de controle de vetores, troca regular de informações epidemiológicas e ações conjuntas de vigilância ambiental.

Uma outra ferramenta significativa para a otimização das ações integradas em saúde entre os municípios fronteiriços são os Comitês de Fronteira binacionais. Segundo Gadelha e Costa (2005), em virtude da grande extensão territorial da faixa de fronteira brasileira (15.719 km, abrangendo 11 unidades da Federação, 588 municípios e 10 países) e de suas diferenças explícitas, os comitês servem para identificar as demandas locais e equacioná-las em instâncias locais.

Desta maneira, quando se estuda a dengue, ou qualquer outra doença infecciosa, em municípios de fronteira, além dos problemas comuns às cidades interioranas, como infraestrutura, saneamento básico e acesso da população aos serviços de educação e saúde, há

que se considerar ainda a mobilidade transfronteiriça e as barreiras impostas pelo limite internacional. Esta conjuntura influencia a epidemiologia e o controle da dengue nessas regiões.

Sobre a magnitude da doença nas fronteiras brasileiras, Cerroni e Carmo (2015) relataram que no período de 2007 a 2009, a dengue foi, entre as doenças de notificação compulsória, a segunda mais expressiva nessas localidades, ficando atrás apenas da malária. Carvajal Cortés *et al.*, (2015) também constataram, no ano de 2010, que as médias da taxa de incidência de dengue entre as cidades gêmeas - aquelas localizadas nos corredores de circulação entre os países, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semiconurbação (MACHADO *et al.*, 2005) - foi 1,6 vezes maior do que a média nacional.

Em 2016, em MS, aproximadamente 10% dos casos notificados de dengue e mais de 47% de óbitos por essa causa foram registrados em seus 12 municípios fronteiriços (Antônio João, Aral Moreira, Bela Vista, Caracol, Coronel Sapucaia, Corumbá, Japorã, Mundo Novo, Paranhos, Ponta Porã, Porto Murtinho e Sete Quedas). Cabe destacar que nesses municípios vivem apenas 11,5% da população sul-mato-grossense (BRASIL, 2017).

2.5 Avaliação: conceitos e abordagens

A avaliação é uma prática bastante antiga e fundamental ao próprio processo de aprendizagem, pois a todo instante tomamos decisões que dependem das avaliações que fazemos sobre a situação que estamos vivendo (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000). No entanto, a sistematização para avaliação de programas públicos surge no cenário mundial somente após a Segunda Guerra Mundial, quando então começou a se buscar uma racionalidade da aplicação dos recursos pelo Estado. A partir deste momento observou-se que as atividades de avaliação tornaram-se cada vez mais frequentes e usuais (HARTZ, 1997).

No campo das políticas de saúde, a incorporação da avaliação no desenvolvimento de programas data dos anos de 1950. Entretanto, só mais recentemente, nos anos 1970, foi considerada como um componente imprescindível, apontando não só para um resultado final, mas focalizando também, o processo e os efeitos da sua implementação. As investigações e estudos nessa área não se limitaram mais apenas à análise dos custos das atividades, passando a ter interesse também com o controle de qualidade e a satisfação dos usuários (SERAPIONI, 1999).

No Brasil, no início dos anos 1980, a existência de um Estado autoritário, avesso a submeter suas incipientes políticas sociais à avaliação ou a qualquer outro tipo de análise;

uma sociedade longe de requerer dos políticos, gerentes e gestores, responsabilidade e transparência nas políticas públicas e seus programas e serviços; e políticas sociais focalizadas e residuais, distantes da concepção de um Estado de bem-estar social presentes na Europa e na América do Norte, foram fatores que repercutiram negativamente no empenho em tornar a avaliação presente no planejamento, implementação e monitoramento dos serviços e instituições (FURTADO e VIEIRA DA SILVA, 2016).

A partir dos anos 1990, quando o número de iniciativas ligadas às políticas públicas sociais aumenta, no contexto da Constituição de 1998 que amplia os direitos civis dos cidadãos brasileiros, a avaliação passa a despertar crescente interesse. O SUS, neste contexto, cuja implementação por meio de novos serviços, programas, modelos de gestão e atenção, colocados em discussão e disputas, surge como estímulo ao desenvolvimento de avaliações sistemáticas (CARVALHO *et al.*, 2012).

A avaliação em saúde é caracterizada por uma diversidade conceitual, terminológica e metodológica que está coerente com a multiplicidade de questões consideradas como pertinentes na área de saúde e com a heterogeneidade e complexidade das intervenções, variando desde o cuidado individual até os níveis mais complexos, como políticas, programas e serviços ou sistemas (VIEIRA DA SILVA, 2005).

Devido às diversas possibilidades de expressão da avaliação em saúde e sua polissemia conceitual e metodológica torna-se imperativo uma explicação das opções teóricas e técnicas adotadas por aqueles que se propõem a realizar estudos avaliativos (VIEIRA DA SILVA, 2005; WORTHEN *et al.*, 2004).

Nesse sentido, no presente estudo optou-se pela definição de Contandriopoulos (2006) por sua simplicidade e por contemplar as múltiplas dimensões da prática avaliativa. Esses autores definem a avaliação como:

[...] uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 706).

Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

À avaliação normativa cabe a noção mais tradicional de avaliação, sob a ideia de se fazer uma comparação de todos os componentes da intervenção no que diz respeito a critérios e normas existentes. É a atividade mediante a qual se procura verificar se uma intervenção

corresponde às expectativas (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a). Baseado no modelo sistêmico, Donabedian (1984) descreve a condução desta avaliação a partir da tríade estrutura, processos e resultados. Este autor foi o que mais contribuiu para o desenvolvimento da área da avaliação em saúde. Através de suas publicações, transformou os sistemas de saúde em um campo de investigação enfatizando a qualidade da atenção à saúde.

Por “estrutura” o autor se refere aos recursos físicos, compreendendo planta física, equipamentos e materiais de consumo; recursos humanos, compreendendo número e qualificação dos mesmos; fontes e recursos financeiros necessários para a manutenção da infraestrutura e da tecnologia disponível. Os “processos”, referem-se aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas. É tudo aquilo que medeia a relação profissional-usuário. E, por fim, os “resultados” são considerados o produto final ou os efeitos das ações realizadas pelos serviços de saúde, considerando saúde, avaliação clínica e funcional, e satisfação de padrões e de expectativas. Estão relacionados tanto com o produto das ações (consultas, exames, visitas) quanto com a modificação no estado de saúde de indivíduos e da população (DONABEDIAN, 1984).

Com relação à pesquisa avaliativa, trata-se da pesquisa que busca julgar a realidade observada como intervenção que se deu, valendo-se de métodos científicos válidos para tal. Mais especificamente, tem por objetivo analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa. Conforme as perspectivas dos diferentes atores envolvidos no programa, as estratégias de pesquisa avaliativa podem desdobrar-se na análise estratégica, análise de intervenção, análise de produtividade, análise da implantação, análise do rendimento e análise dos efeitos (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

A análise de implantação de um programa consiste em estudar a associação entre uma intervenção e seu contexto durante sua implementação. Tem por finalidade avaliar o modo como, em um contexto específico, uma intervenção provoca transformações. Essa metodologia é particularmente importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b).

Muito mais que uma simples avaliação de resultados finais, a análise de implantação se contrapõe à avaliação dos efeitos das intervenções no sentido em que contempla os processos envolvidos na produção das mudanças após uma determinada intervenção, aumentando a validade externa das pesquisas avaliativas. Em outras palavras, a análise de

implantação se distingue da avaliação dos efeitos, que se apoia no modelo da “caixa preta”, no qual a intervenção apresenta pouca ou nenhuma variação ao ser implantada e não é influenciada pelas características dos meios de implantação (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Para esses mesmos autores, a análise de implantação está centrada em três pilares básicos ou componentes: 1) na análise da influência dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções – busca entender o contexto, o qual pode explicar as variações observadas no nível de implantação; 2) na análise da influência das variações da implantação na sua eficácia – visa explicar os resultados esperados através do grau de implantação da intervenção; 3) na análise da influência da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados – permite explicar as variações dos efeitos após a introdução de uma intervenção e a influência dos fatores contextuais que podem contribuir para aumentar os efeitos ou diminuí-los.

O presente estudo adotou como abordagem de análise o primeiro e o segundo componentes da análise de implantação. O primeiro componente procura entender melhor as variações observadas em nível da implantação, definindo os fatores explicativos das diferenças observadas entre a intervenção planejada e a implantada. O segundo, procura investigar o que acontece quando da implantação de uma intervenção, no sentido de não se incorrer no risco de conclusões insatisfatórias quanto à eficácia da intervenção. Em outras palavras, tem a finalidade de relacionar as variações no grau de implantação com os efeitos provocados pela intervenção, o que permite captar com mais exatidão os resultados de uma avaliação de impacto (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Alguns fatores contextuais (por exemplo, características da organização), quando da introdução de uma intervenção, podem colaborar para aumentar os efeitos por ela produzidos (interação sinérgica) ou bloqueá-los (interação antagonica). Por outro lado, o fato de existir uma resistência muito forte dos agentes de implantação (implementadores) à introdução de um novo modo de intervenção pode diminuir seus efeitos (situação de antagonismo entre fatores). Neste caso, a intervenção pode ser capaz de produzir certo impacto, mas sofre a ação antagonica de fator presente no contexto da implantação (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Um dos principais objetivos da avaliação é dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde através da identificação de problemas e da reorientação das ações e dos serviços desenvolvidos (TANAKA; TAMAKI, 2012). De acordo com Hartz, Santos e Matida (2008), a análise produzida na avaliação deve fazer sentido na perspectiva de todos os envolvidos e seu uso deve ser facilitado pelos avaliadores.

A produção de pesquisas avaliativas sobre o PNCD ainda é pequena. Merecem destaque os estudos de Natal *et al.*, (2004), Pessanha *et al.*, (2009), Pedi (2010), Girardi (2010), Figueiró *et al.*, (2011) e Spada (2015), cujos desenhos contemplam a implantação do programa ou de seus componentes. Na linha de desenvolvimento de metodologias avaliativas, Pimenta Jr. e Sabroza (2014) avançam ao desenvolver e validar um instrumento para monitorar e avaliar o PNCD no âmbito municipal.

Os estudos referenciados verificaram alguns aspectos problemáticos da implantação das ações do programa, entre os quais: municípios seguem reproduzindo as ações de controle da dengue como realizada pelo governo federal quando este assumia de forma centralizada a execução do programa; a integração intra e intersetorial é ainda um objetivo distante; pouca referência ao aspecto financeiro para gestão do programa; o não cumprimento das metas propostas e o não seguimento dos procedimentos preconizados para os casos graves de dengue.

Tendo em vista que os resultados alcançados estão longe do desejado e partindo da constatação que há poucos estudos avaliando a implantação do programa no nível local, faz-se necessário investir em processos avaliativos que possam fornecer subsídios para o diagnóstico das intervenções propostas pelo PNCD considerando os diversos contextos municipais.

Assumindo como pressuposto que a implantação das ações de controle da dengue é influenciada de maneira sinérgica ou antagônica pelos determinantes contextuais externo e político-organizacional e que os efeitos observados sofrem influência da variação do GI da intervenção, neste trabalho, pretendeu-se avaliar a implantação do PNCD em dois municípios fronteiriços do estado de Mato Grosso do Sul.

3 PERGUNTAS AVALIATIVAS E OBJETIVOS

3.1 Perguntas avaliativas

- a) Qual é o grau de implantação (GI) do PNCD nos municípios fronteiriços de Corumbá e Ponta Porã/MS?
- b) Os contextos externo e político-organizacional influenciam a implantação do PNCD nos municípios fronteiriços selecionados?
- c) O GI do PNCD influencia os efeitos encontrados?

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo geral

Avaliar a implantação do Programa Nacional de Controle da Dengue em dois municípios fronteiriços do estado de Mato Grosso do Sul.

3.2.2 Objetivos específicos

- a) Estimar o GI do PNCD nos municípios fronteiriços de Corumbá e Ponta Porã/MS, por meio da avaliação normativa de estrutura e processo;
- b) Analisar a influência dos contextos externo e político-organizacional sobre o GI do PNCD nos dois municípios fronteiriços selecionados;
- c) Avaliar a influência da variação do GI do PNCD sobre os efeitos observados.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo Análise de Implantação em seu primeiro e segundo componentes, que correspondem, respectivamente, na tipologia proposta por Denis e Champagne (1997), à análise da influência dos determinantes contextuais no grau de implantação do PNCD e à análise da influência da variação do grau de implantação do PNCD sobre os efeitos observados. A avaliação do Programa Nacional de Controle da Dengue em Corumbá e Ponta Porã/MS desenvolveu-se em três etapas: estudo de avaliabilidade, avaliação normativa e análise de implantação, cujos resultados são apresentados em três artigos.

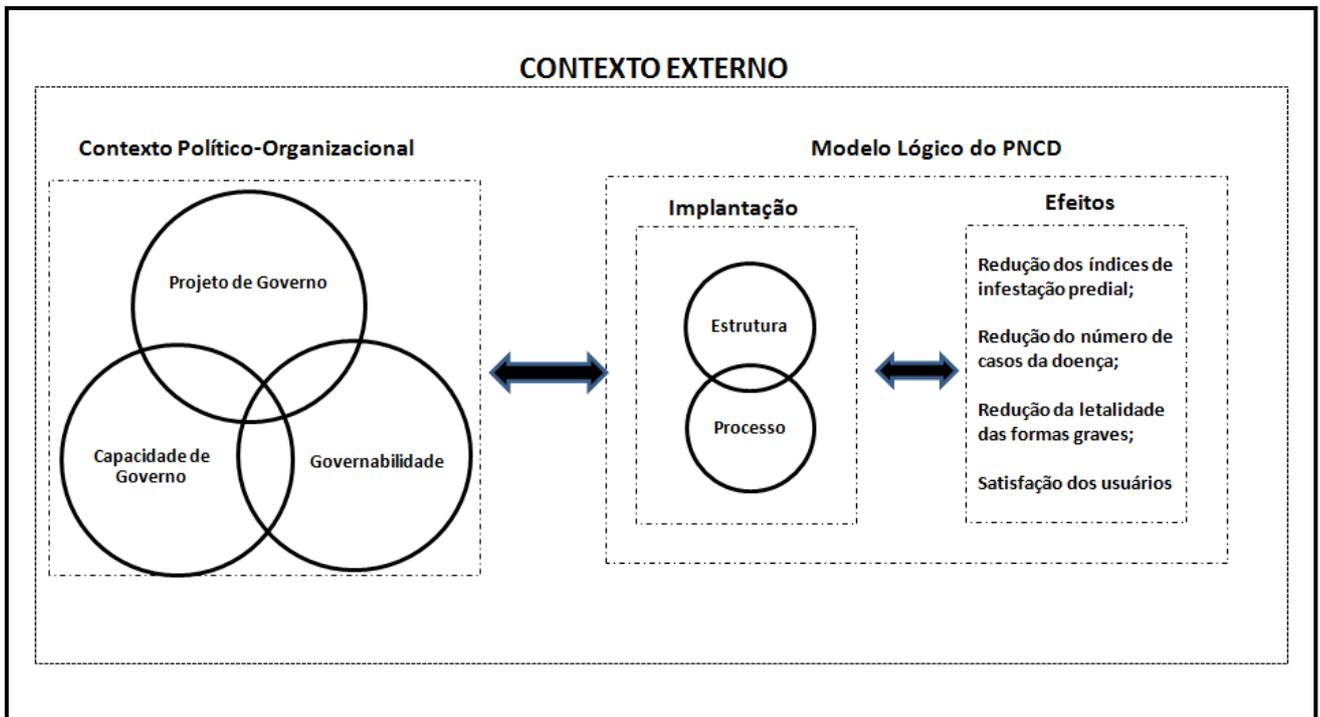
4.2 Estudo de avaliabilidade

Também conhecido como pré-avaliação, o estudo de avaliabilidade é definido como um conjunto de procedimentos que antecedem a realização da avaliação propriamente dita (LEVITON *et al.*, 2010). O objetivo do estudo foi construir o instrumento avaliativo do PNCD em municípios de fronteira e para a sua realização adotou-se as seguintes etapas: construção do Modelo Lógico do Programa e do Modelo Teórico da Avaliação, elaboração e validação da matriz de critérios para avaliar o programa.

Para a construção do Modelo Lógico do Programa e do Modelo Teórico da Avaliação foram analisados documentos e manuais técnicos e publicações sobre avaliação do PNCD. Também foram visitadas as Secretarias Municipais de Saúde para observações da operacionalidade do programa, realização de entrevistas e discussões com informantes-chave (gestores envolvidos diretamente com o PNCD) visando obter consenso quanto ao modelo ou teoria do programa. Na Figura 2 apresenta-se o modelo proposto para a avaliação da implantação do PNCD nos municípios fronteiriços. Foram estudados os contextos externo e político-organizacional, a implantação propriamente dita e os efeitos.

Com base no modelo lógico e teórico construídos e em revisão da literatura especializada, foi elaborada uma matriz de critérios de avaliação. Essa matriz foi submetida a um grupo de especialista para validação. Foi utilizada uma adaptação da técnica de consenso entre *experts* (Método Delfos).

Figura 2 - Modelo teórico da avaliação da implantação do PNCD nos municípios fronteiriços



Fonte: Adaptado de Hartz (1997).

Os resultados desta etapa do estudo são apresentados no artigo 1: "**Estratégia metodológica de construção de indicadores para avaliação do Programa Nacional de Controle da Dengue em municípios fronteiriços**" publicado na Revista GeoPantanal do curso de Geografia e do Mestrado em Estudos Fronteiriços do Campus Pantanal/UFMS (COSTA; CUNHA, 2017).

4.3 Avaliação normativa e análise de implantação

Para a realização da avaliação normativa e análise de implantação procedeu-se a um estudo de casos múltiplos, onde os municípios são os casos, com níveis de análise imbricados, utilizando os modelos desenvolvidos no estudo de avaliabilidade.

Em relação ao estudo de múltiplos casos, Yin (2001) descreve que vários níveis de análise favorecem a compreensão do caso, pois aumentam as possibilidades de análise e a credibilidade dos resultados da pesquisa, uma vez que cada caso é considerado como uma entidade exclusiva submetida a uma análise particular. Esta modalidade é útil para avaliar suposições teóricas utilizando-se a lógica da replicação, seja ela literal, prevendo-se resultados semelhantes, ou teórica, com a finalidade de evidenciar resultados contrastantes por razões

previsíveis. A lógica da replicação exige o desenvolvimento de uma estrutura teórica bem embasada, de onde os casos e as medidas específicas são derivados (YIN, 2005).

Por conseguinte, a análise de níveis imbricados possibilita a observação de comportamentos e processos organizacionais em mais de um nível, o que permite generalizar com mais confiança os resultados, aumentando a confiabilidade da pesquisa (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1999).

Os níveis de análise foram: o contexto externo, o contexto político-organizacional, a implantação do programa e os efeitos alcançados. Para melhor compreender que contexto do modelo teórico (Figura 2) foi avaliado em cada etapa da pesquisa, foi elaborado um quadro onde estão correlacionados a etapa da pesquisa, contexto de análise e pergunta avaliativa (Quadro 1).

Quadro 1 - Etapa da pesquisa, contexto de análise e pergunta avaliativa

ETAPA DA PESQUISA	CONTEXTO DE ANÁLISE	PERGUNTA AVALIATIVA
Avaliação normativa	Implantação propriamente dita	Qual é o GI do PNCD nos municípios fronteiriços de Corumbá e Ponta Porã/MS?
Análise de implantação	Contexto externo Contexto político-organizacional	Os contextos externo e político-organizacional influenciam a implantação do PNCD nos municípios fronteiriços selecionados?
	Efeitos	O GI do PNCD influencia os efeitos encontrados?

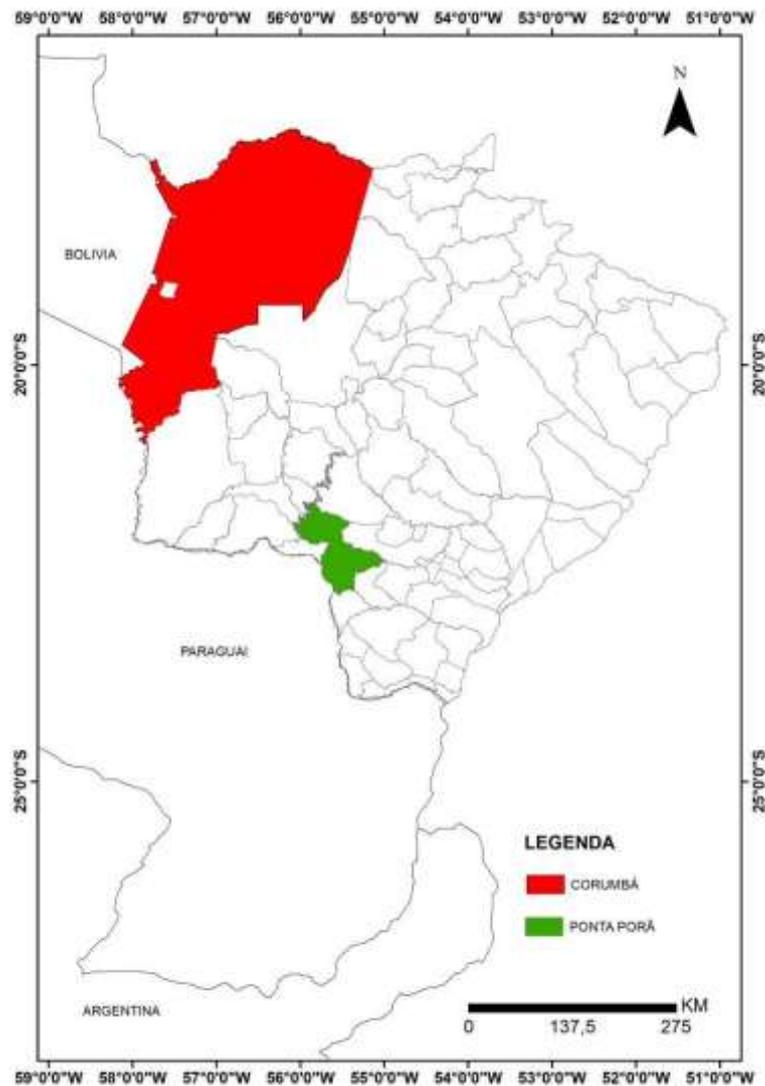
4.3.1 Seleção dos municípios-caso

Os principais critérios para a seleção de casos, de acordo com Stake (2006), compreendem sua relevância e representatividade para o grupo no qual se incluem, a diversidade entre os contextos e as boas oportunidades para aprender acerca da complexidade e dos contextos. Os critérios utilizados para selecionar os municípios-caso foram: ter contato direto do seu território com o limite internacional e ser município prioritário para o PNCD no estado de Mato Grosso do Sul.

Foram selecionados como casos os municípios de Corumbá e Ponta Porã (Figura 3). As cidades sedes desses dois municípios do estado de MS estão no limite internacional do

Brasil, caracterizando uma conurbação (cidade gêmea) com as localidades dos países vizinhos. Essa área de abrangência contextual faz parte do chamado “Arco Central” (composto pelos estados de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul) que se estende por 1.517 km (6,56%) de limite territorial da fronteira continental no MS, sendo 1.131 km com o Paraguai e 386 km com a Bolívia (BRASIL, 2005).

Figura 3 - Localização geográfica dos municípios de Corumbá e Ponta Porã no estado de Mato Grosso do Sul



Corumbá é o maior município em área geográfica do Mato Grosso do Sul, com 64.962,720 km², localizado em sua porção ocidental, concentrando, regionalmente, a maior parte do Pantanal. A população estimada em 2016 foi de 109.294 habitantes (90% urbana) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). Possui contato direto com o território boliviano (cidade de Arroyo Concepción, distrito de Puerto Quijarro,

na província de Germán Busch, no departamento de Santa Cruz) através de um pequeno arroio onde foi construída uma ponte de menos de 5 metros de extensão unindo as urbes fronteiriças. Empiricamente, são observados inúmeros fluxos diários de pessoas e mercadorias frutos da construção histórica das relações entre esses povos e das necessidades de complementaridade socioeconômicas.

Ponta Porã é um município situado na porção sul do estado de MS, com área de 5.328,621 km² e população estimada em 2016 de 88.164 habitantes (80% urbana) (IBGE, 2016). A cidade de Ponta Porã é separada por uma avenida (a Avenida Internacional) de Pedro Juan Caballero (distrito de mesmo nome, departamento de Amambay), no Paraguai. Assim, a passagem para um lado e outro do limite internacional é plenamente aberta, sem fiscalização. Ponta Porã e Pedro Juan Caballero construíram, historicamente, elementos culturais, comerciais, políticos e econômicos, com significativa influência na educação, saúde, lazer, transporte, turismo e segurança, e, da mesma forma que Corumbá e Puerto Quijarro, parcela significativa da população dessas cidades possuem dupla cidadania.

4.3.2 Categorias de análise

Com base no modelo teórico da avaliação (Figura 2), foram definidas dimensões e subdimensões para avaliar a implantação do PNCD nos municípios fronteiriços selecionados, conforme Quadro 2.

A forma como se organiza o espaço geográfico dos centros urbanos, o modo de vida de suas populações e os seus reflexos no ambiente são apontados como fatores fundamentais na determinação da circulação do vírus da dengue (PIGNATTI, 2004). Portanto, para a análise do contexto externo foi proposta a dimensão “Condições socioeconômicas e ambientais”, para a qual foi estabelecida três subdimensões: indicadores demográficos e sociais, saneamento básico e condições climáticas.

Segundo Denis e Champagne (1997), o processo de implantação de uma intervenção deve, antes de tudo, ser abordado segundo uma perspectiva política. Deve ser considerado como um jogo de poder organizacional. Ele sofre as pressões de caráter estrutural, isto é, as características estruturais de uma organização que funcionam em antagonismo ou sinergia na implantação de uma intervenção. Os autores ressaltam que um contexto favorável à implantação e eficácia de uma intervenção depende:

- a) do suporte dado pelos agentes de implantação;

- b) do controle organizacional que detenham para operacionalizar e tornar eficaz a intervenção;
- c) de uma forte coerência entre seus objetivos e os associados à intervenção que se quer implantar.

Quadro 2 – Dimensões e subdimensões do Modelo Teórico da Avaliação

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO	DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES
Contexto Externo	Condições socioeconômicas e ambientais	Indicadores demográficos e sociais
		Saneamento básico
		Condições climáticas
Contexto Político-organizacional	Projeto de governo	Planejamento e organização das ações de saúde
		Financiamento da saúde
		Iniciativas intersetoriais
	Capacidade de governo	Perícia pessoal dos gestores
		Política de recursos humanos
	Governabilidade	Base de apoio política
		Relacionamento entre gestores
		Controle social
		Autonomia financeira da SMS
Implantação	Estrutura	Os 10 componentes do PNCD
	Processo	Os 10 componentes do PNCD
Efeitos	Indicadores Epidemiológicos e Entomológicos	Cumprimento das metas estabelecidas pelo PNCD
	Percepção e Satisfação da População	Quanto às ações de combate e controle da dengue

Fonte: Adaptado de Hartz (1997).

Neste sentido, para análise do contexto político-organizacional foi utilizado como aporte teórico o Triângulo de Governo de Matus (MATUS, 1997), considerando suas três dimensões de análise: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade.

O projeto de governo refere-se ao plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos. Para essa dimensão foram propostas as subdimensões: planejamento e organização das ações de saúde, financiamento da saúde e iniciativas intersetoriais.

A capacidade de governo diz respeito ao capital teórico, instrumental e a experiência acumulada que tem um ator e sua equipe de governo para conduzir, gerenciar, administrar e controlar o processo (destreza para estratégias e táticas). Neste estudo foi analisada através das subdimensões: perícia pessoal dos gestores e política de recursos humanos.

A governabilidade diz respeito às variáveis ou recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para implementar seu plano. Para essa dimensão foram propostas as

subdimensões: base de apoio política, relacionamento entre gestores, controle social, autonomia financeira e ações integradas com o município do país vizinho.

O GI das ações do PNCD foi determinado por meio da apreciação da estrutura e do processo. A estrutura necessária à produção dos serviços foi analisada pela ótica da disponibilidade e o processo, pela adequação. A adequação é entendida como o grau de consonância das ações desenvolvidas com as normas e recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde (VIACAVA *et al.*, 2012). Foram consideradas a estrutura, a organização e as práticas requeridas para cada um dos dez componentes do PNCD explicitado no modelo lógico (COSTA; CUNHA, 2017).

Para a avaliação dos efeitos foram adotados os recursos dos indicadores epidemiológicos e entomológicos e da satisfação da população.

Para os indicadores epidemiológicos e entomológicos, foram analisados os resultados alcançados pelos municípios no período de 2002-2016 em relação às metas estabelecidas pelo PNCD de redução de incidência e letalidade. A análise dos dados referente à redução dos índices de infestação predial (IIP) limitou-se ao período de 2007 a 2016. Em um dos municípios, em decorrência de mudanças nas versões dos sistemas municipais, esse dado só estava disponível a partir de 2007.

Para Sisson *et al.*, (2011), a perspectiva da população, abordada por meio de sua satisfação, implica um julgamento sobre as características dos serviços e fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade da atenção direcionada. Nessa lógica, a avaliação do grau de satisfação da população estudada com as ações de controle da dengue desenvolvidas pelo poder público municipal dos municípios estudados constitui-se em um importante indicador a ser considerado no planejamento das ações.

4.3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos de forma intencional, no sentido da escolha de atores considerados estratégicos na implantação do PNCD: gestores, técnicos da vigilância epidemiológica, agentes de controle de endemias (ACE), presidentes do Conselho Municipal de Saúde (CMS), profissionais da equipe de saúde da família (ESF), profissionais dos hospitais públicos e a população residente dos municípios de Corumbá e Ponta Porã.

No grupo dos gestores foram selecionados os secretários municipais de saúde, os gerentes da vigilância em saúde, coordenadores da vigilância epidemiológica, coordenadores do controle de vetores/endemias e coordenadores da atenção básica.

Para os técnicos da vigilância epidemiológica, ACE e presidentes do CMS foram selecionados todos aqueles que estiveram presentes no momento da pesquisa.

Para os profissionais da ESF foram selecionados um médico, um enfermeiro e todos os agentes comunitários de saúde (ACS) pertencentes às ESF urbanas dos dois municípios. À época da coleta de dados Corumbá e Ponta Porã possuíam, respectivamente, 22 e 11 ESF implantadas na zona urbana. As ESF da zona rural foram excluídas do estudo devido às dificuldades de acesso.

Com relação aos profissionais da saúde dos hospitais municipais, foram selecionados os médicos e enfermeiros atuantes no pronto-socorro e nos setores de leito de internação adulto e pediátrico da Santa Casa de Misericórdia de Corumbá – hospital filantrópico conveniado com o SUS, e do Hospital Regional Dr José de Simone Neto, em Ponta Porã. Os profissionais foram selecionados de acordo com o dia da semana e o turno de trabalho. Desta forma, durante uma semana, foram selecionados, através de sorteio simples, um médico e um enfermeiro do período diurno e noturno das unidades acima descritas.

Para o cálculo da amostra da população a ser entrevistada levou-se em consideração a população urbana dos municípios selecionados, uma incidência de 50% de dengue, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%, resultando em amostra mínima de 383 pessoas em cada município. Para a seleção dos participantes foi adotada a divisão dos municípios em setores censitários utilizada pelo IBGE. Foram sorteados para a realização da pesquisa 38 setores censitários urbanos em Corumbá e 16 em Ponta Porã (uma amostra de 30% do total de setores censitários urbanos existentes em cada município). Cada setor censitário teve igual probabilidade de ser sorteado. Considerando que em cada domicílio reside pelo menos uma pessoa com idade maior ou igual a dezoito anos, dividiu-se o número de pessoas selecionadas pelo número de setores sorteados. Desta forma, em Corumbá, foram sorteados 10 domicílios em cada setor (383/38) e em Ponta Porã 24 (383/16). Em cada domicílio foi entrevistada apenas uma pessoa com idade maior ou igual a dezoito anos e que aceitou a participar do estudo.

Para todos os sujeitos selecionados para a pesquisa, foram utilizados como critérios de inclusão: idade igual ou maior a 18 anos, ambos os sexos e estarem presentes no momento da pesquisa. A todos foi reservado o direito de não aceitarem participar da mesma. Sendo assim, em Corumbá participaram do estudo 613 sujeitos e em Ponta Porã 541, conforme critérios anteriormente descritos. No Quadro 3 são apresentados o número de sujeitos pesquisados por município, segundo grupo de profissionais.

Quadro 3 - Número dos sujeitos da pesquisa

PROFISSIONAIS	MUNICÍPIOS	
	CORUMBÁ	PONTA PORÃ
Gestores	5	4 ¹
Presidente do Conselho Municipal de Saúde	1	1
Técnicos da Vigilância Epidemiológica	6	5
Agentes de Controle de Endemias	43	30
Estratégia Saúde da Família	144 ²	83 ²
- Médicos	13	8
- Enfermeiros	20	9
- Agentes Comunitários de Saúde	111	66
Hospital	31 ³	35 ³
- Médicos	14	17
- Enfermeiros	17	18
População	383	383
Total	613	541

¹O secretário de saúde reservou-se o direito de não participar

²Total de profissionais da saúde entrevistados na Estratégia Saúde da Família

³Total de profissionais da saúde entrevistados no hospital

4.3.4 Coleta de dados

Foram coletados dados primários e secundários no período de janeiro a dezembro de 2016.

Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas e questionários estruturados, complementados por questões abertas. As entrevistas foram realizadas com os gestores, os presidentes do CMS e a população residente dos dois municípios selecionados. Com os gestores e presidentes do CMS, as entrevistas foram realizadas pela própria autora, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Os dados foram coletados nos respectivos locais de trabalho, com intuito de interferir o mínimo possível na rotina dos serviços desenvolvidos. O registro das informações foi realizado por meio de áudio (gravador digital). A duração das entrevistas foi de aproximadamente 80 minutos.

As entrevistas com os moradores foram realizadas em suas próprias residências, após apresentação dos entrevistadores, explicação dos objetivos da pesquisa, leitura e assinatura do TCLE (Apêndice B). Os entrevistadores foram a autora deste estudo e um pesquisador capacitado. O registro das informações foi realizado por meio de áudio (gravador digital). A duração das entrevistas foi de aproximadamente 15 minutos.

A coleta de dados com os outros participantes da pesquisa (técnicos da vigilância epidemiológica, ACE, ACS, médicos, enfermeiros) foi realizada por meio de questionários estruturados, complementados por questões abertas. Os questionários foram respondidos pelos próprios entrevistados, nos seus locais de trabalho, após explicação dos objetivos do estudo, leitura e assinatura do TCLE (Apêndice C).

Foram elaborados roteiros de entrevistas e questionários estruturados distintos para cada um dos informantes, visto que cada um desempenha ações específicas no PNCD (Apêndices D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N e O). Todos os instrumentos de coleta de dados utilizados neste estudo foram testados no município de Corumbá, com o objetivo de avaliar a sua adequação e inteligibilidade. Como não foram necessárias alterações, os dados coletados foram tidos como válidos e utilizados no estudo.

Os dados secundários foram coletados dos documentos e normas técnicas do programa, dos organogramas das secretarias de saúde, dos Planos Municipais de Saúde 2014-2017, Planos Municipais de Saneamento Básico, Relatórios Anuais de Gestão 2015 e 2016, Atas de Reuniões de 2016 do Conselho Municipal de Saúde, Atas do Comitê de combate à dengue, Atas do Comitê de Saúde Binacional, relatórios ou qualquer outro tipo de informação sistemática.

Além dos documentos supracitados, os dados secundários também foram levantados nos sistemas de informações: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Nacional de Meteorologia (INMET), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue (SisPNCD).

No Quadro 4 são apresentados os tipos de coleta e as fontes dos dados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Quadro 4 - Objetivos específicos, procedimentos de coleta e fonte de dados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	COLETA E FONTE DE DADOS
Estimar o GI do PNCD nos municípios fronteiriços de Corumbá e Ponta Porã/MS, por meio da avaliação normativa de estrutura e processo;	Pesquisa e análise dos documentos e normas técnicas do programa. Entrevistas semiestruturadas com gestores. Questionários estruturados aplicados aos profissionais de saúde.
Analisar a influência dos contextos externo e político-organizacional sobre o GI do PNCD nos dois municípios fronteiriços selecionados;	Pesquisa e análise documental. Pesquisa nos sistemas de informações. Entrevistas semiestruturadas com gestores e presidente do Conselho Municipal de Saúde.
Avaliar a influência da variação do GI do PNCD sobre os efeitos observados.	Pesquisa nos sistemas de informações: SisPNCD e SINAN. Entrevistas semiestruturadas com moradores.

4.3.5 Análise dos dados

Para a descrição das características do processo de implantação do programa foram utilizados os dados quantitativos e qualitativos oriundos das diversas fontes de evidências e os métodos de coleta apresentados acima.

4.3.5.1 Análise do grau de implantação do PNCD

O GI do PNCD foi definido a partir das dimensões de estrutura e processo, relacionando os resultados encontrados com os preconizados pela normatização oficial (avaliação normativa).

Para determinar o GI foram utilizados os dados provenientes dos questionários aplicados aos profissionais de saúde e das entrevistas realizadas com os coordenadores da vigilância epidemiológica, do controle de vetores/endemias e da atenção primária à saúde.

Os dados dos questionários foram pré-codificados e armazenados em um banco de dados criado a partir do Microsoft Excel do Windows 2007. Foi calculada a média da pontuação dos questionários respondidos para cada critério. As entrevistas com os coordenadores foram transcritas na íntegra. Foi feita uma leitura minuciosa e repetida do conteúdo das mesmas, com o objetivo de agrupá-lo por categoria e indicadores.

Elaboraram-se duas matrizes de análise e julgamento, de acordo com a metodologia apresentada no Artigo 1. Nelas foram estabelecidas a pontuação máxima que as dimensões de estrutura e processo podem alcançar, resultante do somatório do grupo de critérios utilizados para avaliar cada componente do programa (Quadros 5 e 6).

Quadro 5 - Matriz de análise e julgamento da estrutura do PNCD nos municípios fronteiriços de Corumbá e Ponta Porã/MS

COMPONENTE	CRITÉRIOS	FONTES E TIPO DE COLETA	P.E	P.O	GI
Vigilância Epidemiológica (49 pontos)	Adequação dos recursos materiais (físico, equipamentos e de consumo)	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	20		
	Número adequado de veículos para realização das ações de campo	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Número adequado de profissionais para desenvolvimento das práticas	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Normas e protocolos disponibilizados à equipe	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	9		
Combate ao Vetor (59 pontos)	Adequação dos recursos materiais (físico, equipamentos e de consumo)	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	20		
	Número adequado de veículos para realização das ações de campo	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Existência de laboratório de entomologia equipado	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Número adequado de profissionais para desenvolvimento das práticas	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Normas e protocolos disponibilizados à equipe	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	9		
Assistência aos Pacientes (69 pontos)	Adequação dos recursos materiais (físico, equipamentos, medicamentos e de consumo)	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	20		
	Número adequado de profissionais para desenvolvimento das práticas	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Normas e protocolos disponibilizados à equipe	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	9		
	Suficiência de leitos em período epidêmico e interepidêmico	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Existência de laboratório municipal e/ou de referência para realização de exames	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Existência de plano de contingência	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
Integração com Atenção Básica (10 pontos)	Existência de fluxos de trabalho integrando as atividades dos ACS e ACE	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
Saneamento ambiental (9 pontos)	Existência de plano municipal de saneamento básico	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	9		
Educação em saúde, mobilização social e comunicação (40 pontos)	Existência de comitê municipal de mobilização social	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Adequação dos recursos materiais (equipamentos, folders, cartazes)	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	20		
	Existência de equipes de educação em saúde e mobilização social	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
Capacitação de recursos humanos (9 pontos)	Existência de plano municipal de capacitação e educação permanente	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	9		
Legislação (10 pontos)	Existência de legislação municipal que imponha penalização ao proprietário de imóveis desocupados e terrenos baldios que negligencie a presença de criadouros em sua propriedade	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
Sustentação político-social (10 pontos)	Existência de comitê intersetorial da dengue	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
Acompanhamento e avaliação (9 pontos)	Existência de comitê municipal de acompanhamento e avaliação do Programa Nacional de Controle da Dengue	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	9		

Quadro 6 - Matriz de análise e julgamento do processo do PNCD nos municípios fronteiriços de Corumbá e Ponta Porã/MS

COMPONENTE	CRITÉRIOS	FONTES E TIPO DE COLETA	P.E	P.O	GI
Vigilância Epidemiológica (118 pontos)	Operacionalização adequada do SINAN Dengue Online	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Notificação de todos os casos suspeitos de dengue	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	9		
	Envio rotineiro de material para sorologia	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Envio rotineiro de material para isolamento viral	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	9		
	Produção de relatórios com mapas de monitoramento com identificação de áreas de risco de forma oportuna	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Realização de busca ativa de casos graves	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Existência de rotina de investigação de casos graves	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Investigação de todos os óbitos suspeitos de dengue	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Retroalimentação de informações às unidades notificantes	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Casos encerrados no prazo adequado	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Técnicos da vigilância epidemiológica capacitados	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
Combate ao Vetor (80 pontos)	Intercâmbio oportuno e regular de informações epidemiológicas com o município do país vizinho	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Operacionalização adequada do SisPNCD	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Realização dos ciclos e inspeção nos imóveis	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Realização de ações nos pontos estratégicos	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Realização do LIRAA de forma adequada	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Realização de bloqueio de casos	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Agentes de Controle de Endemias capacitados em dengue	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Supervisores de campo capacitados em dengue	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
Assistência aos Pacientes (60 pontos)	Promoção de ações conjuntas de controle vetorial com o município do país vizinho	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Utilização dos critérios de classificação de risco	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Utilização do cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Adoção de protocolo único de manejo clínico utilizado em todas as unidades de saúde com base no manual Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Enfermeiros capacitados em dengue	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Médicos capacitados em dengue	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
Integração com Atenção Básica (50 pontos)	Exames para atendimento dos casos de dengue disponíveis e adequados	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Agentes Comunitários de Saúde capacitados em dengue	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Incorporação das ações de controle e prevenção da dengue no Pacs e ESF	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Incorporação dos ACE na ESF	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Unificação da base geográfica de trabalho entre a equipe de controle de vetores e Pacs/ESF	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
Reuniões sistemáticas realizadas rotineiramente entre equipe de combate ao vetor e da saúde da família	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10			

COMPONENTE	CRITÉRIOS	FONTES E TIPO DE COLETA	P.E	P.O	GI
Saneamento ambiental (19 pontos)	Ações de saneamento direcionadas mediante o uso de informações epidemiológicas e entomológicas	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Realização de mutirões de limpeza urbana	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	9		
Educação em saúde, mobilização social e comunicação (36 pontos)	Realização de ações educativas em toda a rede de ensino local	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Articulação de parcerias com a sociedade organizada	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	9		
	Técnicos de comunicação e mobilização social capacitados em dengue	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	9		
	Elaboração de material educativo bilíngue sobre os cuidados na prevenção da dengue	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	8		
Capacitação de recursos humanos (10 pontos)	Capacitação profissional contínua	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
Legislação (20 pontos)	Conhecimento dos instrumentos normativos	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Aplicação dos instrumentos normativos		10		
Sustentação político-social (10 pontos)	Realizações de reuniões com prefeito e secretários municipais para apresentação do programa e obtenção da prioridade política continuamente	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
Acompanhamento e avaliação (29 pontos)	Sala de situação implantada	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Reuniões periódicas intersecretoriais para avaliação das ações do programa	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	10		
	Visitas de acompanhamento e avaliação realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde ao município	Entrevistas e questionários: gestores e profissionais de saúde	9		

Após a análise dos dados, determinou-se a pontuação observada para cada indicador. Assim, com o total de pontos observados e esperados, se estabeleceu o GI, a partir do seguinte cálculo:

$$\text{GI Estrutura} = \sum \text{PO} / \sum \text{PE} \times 100$$

$$\text{GI Processo} = \sum \text{PO} / \sum \text{PE} \times 100$$

$$\text{GI Componente} = \text{GI Estrutura do Componente} + \text{GI Processo do Componente} / 2$$

$$\text{GI Total do PNCD} = \text{GI Estrutura} + \text{GI Processo} / 2$$

Onde: GI = Grau de Implantação; PO = Pontuação Observada e

PE = Pontuação Esperada.

Os parâmetros do grau de implantação adotados foram definidos por meio de quartis, utilizando o modelo testado e validado por Cosendey (2003), num estudo que definiu o escore mais apropriado para o grau de implantação (Quadro 7).

Os resultados dessa análise são apresentados no artigo 2: **“Avaliação do Programa de Controle da Dengue em dois municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016”**.

Quadro 7 - Intervalos de escores para determinação do grau de implantação

Grau de Implantação	Percentual
Implantado	Maior que 75%
Parcialmente Implantado	De 50% a 75%
Incipiente	De 25% a 49%
Não Implantado	Menor que 25%

Fonte: Adaptado de Cosendey (2003).

4.3.5.2 *Análise da influência do contexto externo e político-organizacional no grau de implantação*

Os dados da análise do contexto externo foram apresentados em números absolutos e porcentagens.

Para a observação do contexto político-organizacional utilizou-se dos dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas com os secretários de saúde, gerentes da vigilância em saúde, coordenadores da vigilância epidemiológica, do controle de vetores e da atenção primária à saúde e com os presidentes dos CMS. Também foram utilizados os dados provenientes dos documentos citados anteriormente.

As entrevistas foram transcritas. Cada entrevista foi analisada, procurando, inicialmente, classificar os fragmentos do texto que revelassem as opiniões dos informantes, segundo as categorias analíticas. A organização do material coletado das entrevistas permitiu a identificação de convergências e divergências, no interior dos discursos dos informantes, que foram comparadas com as evidências retiradas dos documentos analisados.

A variável dependente foi o GI do programa. Foi feita a correlação entre os fatores contextuais e da organização do programa que podem influenciar a implantação das ações. Para a análise da influência dos contextos externo e político-organizacional sobre o GI do PNCD, foi estabelecida uma classificação: favorável, pouco favorável ou desfavorável.

4.3.5.3 Análise da influência do grau de implantação nos efeitos observados

A análise dos dados referentes aos indicadores epidemiológicos e entomológicos (incidência, taxa de letalidade e IIP) foram feitos por meio de estatística descritiva.

As entrevistas com os moradores dos dois municípios foram transcritas na íntegra. Recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, tomando-se como unidade de contexto o conjunto das entrevistas, a fim de se observarem e interpretarem os temas de interesse.

Para esta análise, foi identificado o sinergismo entre o GI e os efeitos mediante o confronto dos resultados obtidos e os pressupostos teóricos considerados.

Os resultados das análises propostas nos itens 4.3.5.2 e 4.3.5.3 são apresentados no artigo 3: **“O programa de controle da dengue em dois municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul: uma análise de implantação”**.

4.4 Considerações éticas e divulgação dos resultados

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos vinculado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o protocolo número 1.804.168, atendendo às Diretrizes e Normas de Pesquisa estabelecidas pela Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (Anexo A). Também, teve sua autorização pelas Secretarias Municipais de Saúde de Corumbá (Anexo B) e Ponta Porã (Anexo C) e pelos respectivos hospitais dessas cidades (Anexos D e E).

Todos os participantes dessa pesquisa, quando do convite foram informados sobre os objetivos por meio da leitura e assinatura do TCLE (Apêndices A, B e C), facultando-lhes o

direito de recusa, a garantia de esclarecimentos a qualquer momento da realização do estudo e a garantia do sigilo dos relatos.

O compartilhamento dos resultados da avaliação com os atores envolvidos se traduz como uma etapa fundamental do processo avaliativo, principalmente no caso de um estudo que focaliza a melhoria do programa. Um relatório final será apresentado aos interessados na avaliação.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 1

Estratégia metodológica de construção de indicadores para avaliação do Programa Nacional de Controle da Dengue em municípios fronteiriços

Methodological Strategy for Construction of Indicators for Evaluation of Brazilian National Dengue Control Program in Frontier Municipalities

Elisangela Martins da Silva COSTA*

Rivaldo Venâncio da CUNHA**

Resumo: Em julho de 2002, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), descentralizando as suas ações para os municípios. O presente trabalho tem como objetivo apresentar a estratégia metodológica adotada para a construção de um instrumento avaliativo do PNCD em municípios de fronteira. O estudo possibilitou a validação de uma matriz de critérios que servirá para avaliar o programa e subsidiar a tomada de decisões dos gestores.

Palavras-chave: Dengue. Avaliação em saúde. Fronteira.

Abstract: In July 2002, the Ministry of Health launched the National Dengue Control Program (PNCD), decentralizing its actions to the municipalities. The aim of this study is to present the methodological strategy adopted for the construction of an evaluation instrument of the PNCD in frontier municipalities. The study allowed the validation of a matrix of criteria that will serve to evaluate the program and to subsidize the decision making of the managers.

Key words: Dengue. Health evaluation. Frontier.

Introdução

Atualmente, a dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo e a principal arbovirose que atinge o homem. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença é encontrada em mais de 100 países, onde vivem aproximadamente 2,5 bilhões de pessoas em áreas urbanas sob risco de contrair o vírus causador da infecção. Estima-se que a cada ano ocorram de 80 a 100 milhões de casos da doença (WHO, 2006). No Brasil, entre 2010 e 2016, foram notificados mais de 7,5 milhões de casos, destacando as

* Farmacêutica-bioquímica. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. E-mail elisams10@gmail.com

** Médico, doutorado e pós-doutorado em Medicina Tropical com ênfase no estudo das doenças causadas por vírus. Professor Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Responsável técnico pelo Escritório da Fundação Oswaldo Cruz em Mato Grosso do Sul. E-mail rivaldo_venancio@uol.com.br

recentes epidemias de 2015 e 2016, com 1,6 e 1,5 milhões de casos, respectivamente (BRASIL, 2017).

Em julho de 2002, através da Portaria MS 1.347 de 24 de julho de 2002, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), descentralizando as suas ações para os municípios. O programa estabeleceu como metas reduzir a menos de 1% a infestação predial em todos os municípios; reduzir em 50% o número de casos de 2003 em relação a 2002 e, nos anos seguintes, 25% a cada ano e reduzir a letalidade por febre hemorrágica de dengue a menos de 1% (BRASIL, 2002).

Apesar dos altos custos investidos na implantação do PNCD, sua efetividade tem sido muito baixa, não conseguindo conter a disseminação do vírus e as epidemias se sucedem, em grandes e, mais recentemente, também em pequenos centros urbanos (DIAS, 2006).

Deste modo, diante da descentralização das ações de saúde para os municípios após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do pouco conhecimento sobre os fatores que influenciam a implantação das ações do Programa de Controle da Dengue em municípios de fronteira, onde devido às especificidades dessas localidades a atuação em saúde não pode estabelecer-se a partir de um padrão único adotado nacionalmente, tornam-se relevantes a elaboração de propostas de avaliação.

A fronteira é formada pelas partes de, pelo menos, dois territórios diferentes. Cada território possui normas particulares que terminam no seu limite. No entanto, esses limites não são absolutos e nem são capazes de impedir as interações sociais, os fenômenos naturais, as práticas religiosas, os movimentos culturais e a propagação de doenças e epidemias. Espaços fronteiriços são locais de características específicas, diferente do restante do país, que se constituem em desafios ou oportunidades para as políticas públicas bilaterais (GONZÁLEZ, 2004; COSTA e SABATEL, 2014). É como um terceiro espaço, com valores e traços culturais, étnicos, linguagens peculiares e próprias dessa localidade (CASTROGIOVANNI, GASTAL, 2006).

Com relação à avaliação em saúde, de acordo com Contandriopoulos et al. (1997), ela implica em uma coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e resultados de um programa ou de uma política, com o propósito de emitir um julgamento sobre o valor e o mérito do que está sendo avaliado, de modo a contribuir para a melhoria do programa ou da política.

O objetivo deste estudo é apresentar a estratégia metodológica adotada para a construção de um instrumento avaliativo do PNCD em municípios de fronteira. É a primeira etapa da pesquisa "Avaliação da Implantação do Programa de Controle da Dengue nos

Municípios Fronteiriços de Mato Grosso do Sul", desenvolvida ao longo do doutorado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Metodologia

Este é um estudo de avaliabilidade, ou também conhecido como pré-avaliação, cuja unidade de análise foi o Programa Nacional de Controle da Dengue de dois municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul: Corumbá (fronteira Brasil/Bolívia) e Ponta Porã (fronteira Brasil/Paraguai). O estudo foi realizado no período de fevereiro a junho de 2016.

O estudo de avaliabilidade é definido como um conjunto de procedimentos que antecedem a realização da avaliação propriamente dita. Corresponde ao exame preliminar de um programa, em sua teoria e em sua prática, com intuito de conhecer seus objetivos, expectativas, necessidades dos gestores e realidade. O levantamento dessas informações permite que a avaliação seja desenvolvida com maior facilidade, maximizando seus potenciais e favorecendo a racionalização de recursos (TREVISAN, 2007).

Para a realização deste estudo adotou-se as seguintes etapas: construção do modelo lógico do programa e do modelo teórico da avaliação, elaboração e validação da matriz de critérios para avaliar o programa.

Construção do Modelo Lógico e Modelo Teórico

A construção do modelo lógico é uma proposta para arranjar as ações componentes de um programa de maneira articulada aos resultados esperados, apresentando também as teorias e as ideias que dão significado à intervenção. Considerado uma ferramenta para explicitar a conjectura do programa, a aplicação do modelo lógico deriva em processo que promove o planejamento e a comunicação do que se pretende com o programa, com os seus resultados esperados. É um passo essencial na organização dos trabalhos de avaliação (CASSIOLATO e GUERESI, 2010).

Construir o modelo lógico de um programa significa pormenorizá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de “operacionalização, especificando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, abstraindo-se aqui suas determinações contextuais” (MEDINA et al., 2005, p. 48).

Na elaboração do modelo lógico, foram utilizadas as técnicas de análise documental e entrevistas com informantes-chave. O documento base para a construção do modelo foi o seu documento oficial, o Programa Nacional de Controle da Dengue (BRASIL, 2002). Também

serviram como referência publicações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013; BRASIL, 2016), os Planos Municipais de Contingência da Dengue, disponibilizados pelas Secretarias de Saúde dos dois municípios de estudo e publicações sobre avaliação do PNCD (PIMENTA JUNIOR, 2004; GIRARDI, 2010; FIGUEIRÓ, 2010).

O modelo lógico contemplou os dez componentes do PNCD (Figura 1), além dos aspectos estruturais e operacionais necessários para implantação eficaz do programa nos municípios de fronteira, bem como os produtos, efeitos e impactos esperados.

A implantação de programas pode ser influenciada por fatores contextuais, que facilitam, dificultam ou até mesmo bloqueiam as ações programadas. As especificidades dos municípios de fronteira, que exigem dos gestores locais habilidades diferenciadas de governança, podem interferir de forma positiva ou negativa nas características da implantação do PNCD. Desta forma, o modelo teórico proposto contemplou os contextos externo e político-organizacional (Figura 2).

O modelo teórico complementa o modelo lógico na medida em que se atém com os aspectos relacionados ao contexto da implantação do programa. Ele evidencia outros fatores que desempenham um papel importante na produção dos resultados, esperados ou não, do programa (MEDINA et al., 2005).

Elaboração e Validação da Matriz de Critérios

Com base no modelo lógico e teórico construídos e em uma ampla revisão da literatura especializada, foi elaborada uma matriz de critérios de avaliação. A matriz inicialmente proposta foi construída em quatro contextos: Contexto Externo, Contexto Político-Organizacional, Contexto da Implantação propriamente dita e o Contexto dos Efeitos. Ainda de acordo com os modelos lógico e teórico, para cada um dos contextos, foram elaboradas dimensões, subdimensões e critérios para avaliação do PNCD em municípios de fronteira.

Para a validação dos critérios propostos pelos pesquisadores, foi realizada uma técnica adaptada de consenso entre especialistas, o método Delfos.

O método Delfos consiste em uma técnica sistematizada de julgamento de informações, utilizada para obter consenso de especialistas sobre determinado tema, por meio de validações articuladas em fases ou ciclos (GEIST, 2010). Por ser um método acessível, requerer poucos gastos e permitir que um grande grupo de especialistas participe do estudo, mesmo que estejam geograficamente distantes, o método Delfos tem sido amplamente utilizado na pesquisa em saúde, nas áreas de tecnologia, da educação e na seleção de indicadores de qualidade de programas (VALDÉS e MARÍN, 2013).

Figura 1 - Modelo lógico do PNCD em municípios de fronteira

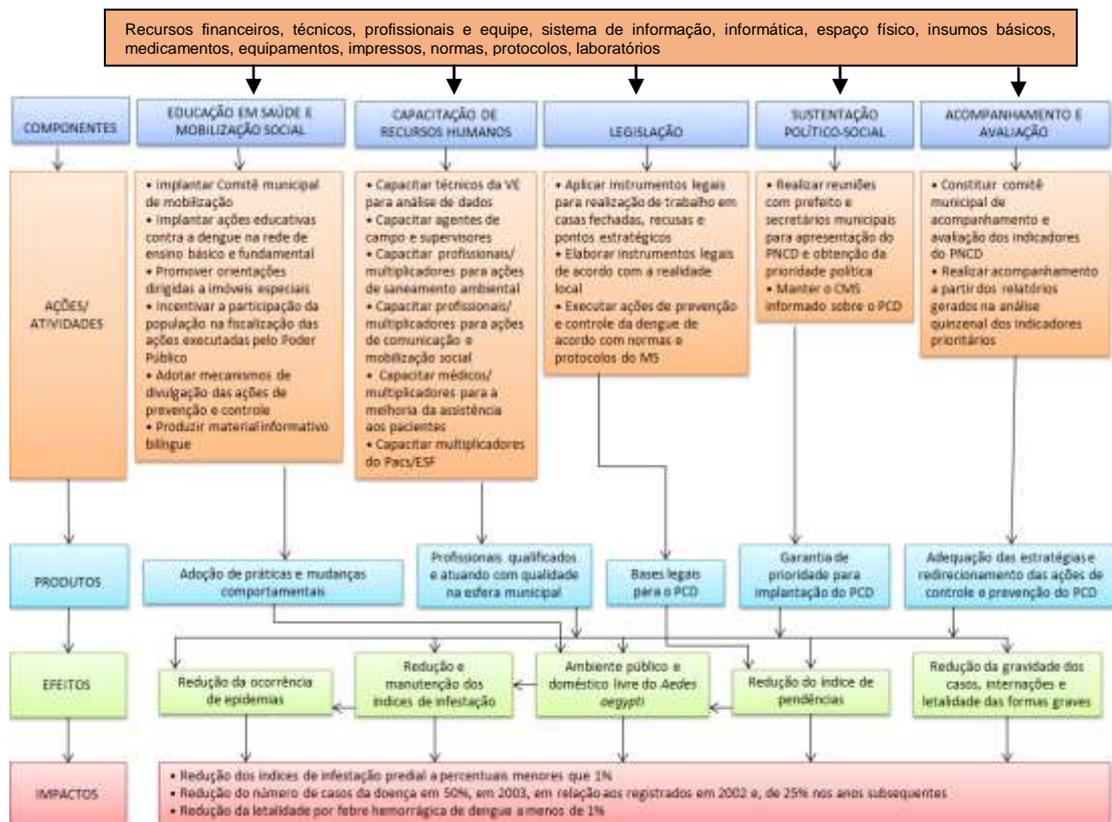
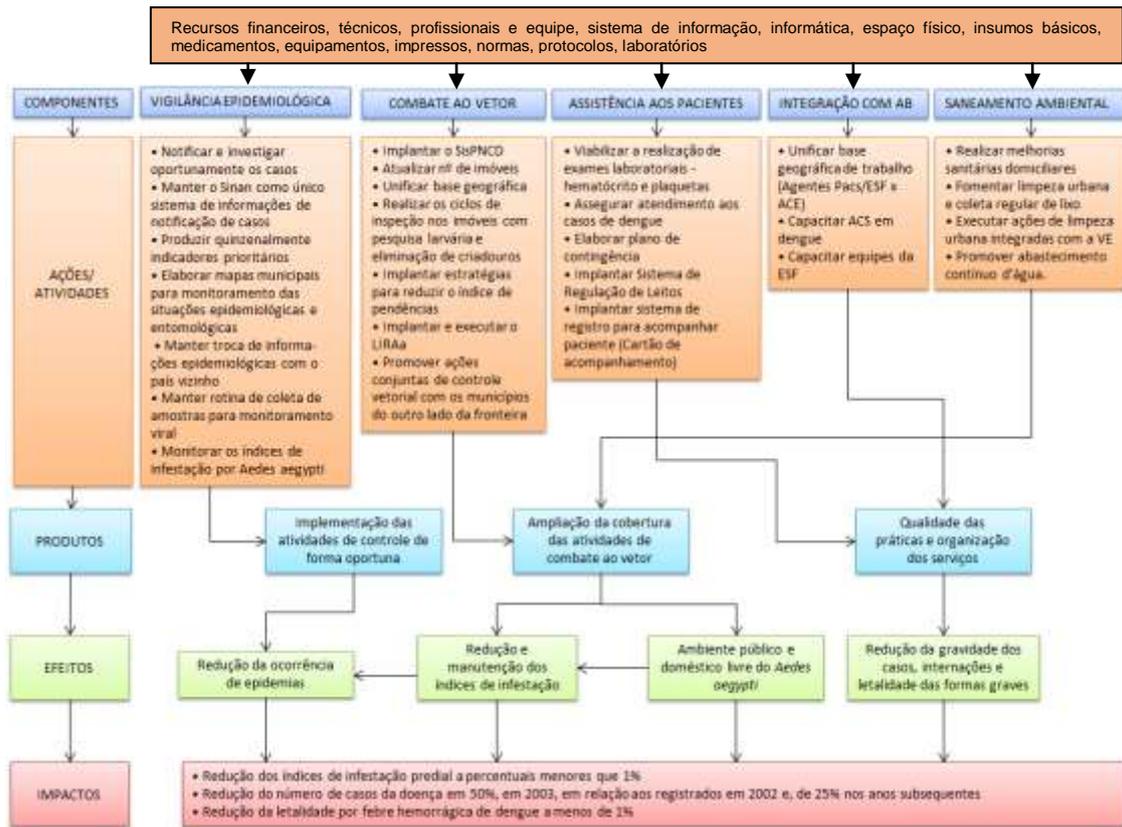
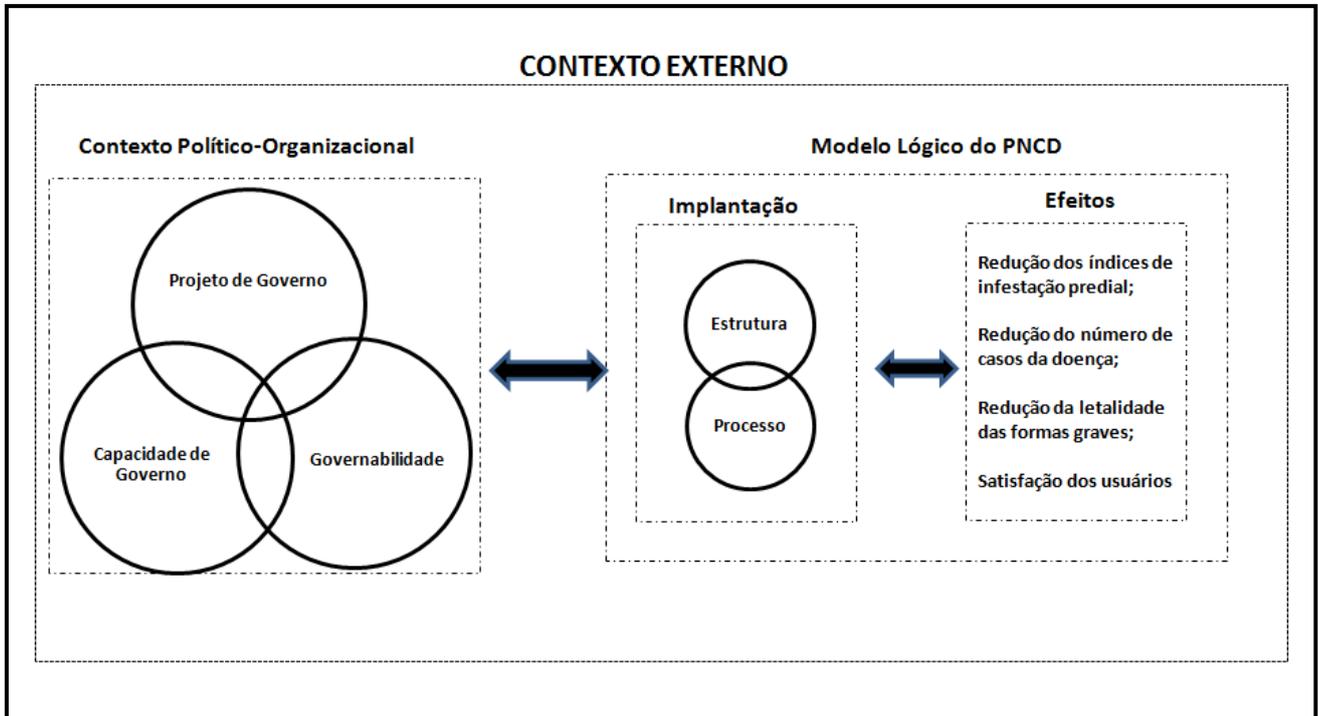


Figura 2 - Modelo teórico da avaliação do PNCD em municípios de fronteira



Fonte: Adaptado de Hartz (1997).

Neste estudo, optou-se pela metodologia proposta por Souza, Silva e Hartz (2005), a qual consiste na inclusão de pelo menos uma rodada de discussão presencial entre especialistas. Na primeira rodada e na terceira os especialistas receberam por correio eletrônico a planilha de critérios, enquanto a segunda correspondeu à realização presencial da conferência de consenso.

Para a seleção dos especialistas que participaram desse processo, levou-se em conta a área de atuação/pesquisa e experiências acumuladas. Assim, colaboraram com o estudo: três professores da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, um pesquisador da Fiocruz Mato Grosso do Sul, uma pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ, uma Tecnologista Pleno do Ministério da Saúde/Programa Nacional de Controle da Dengue e cinco técnicos/gestores na área de saúde pública que atuam no combate à dengue em municípios fronteiriços. O grupo ficou composto de 11 pessoas.

A matriz com os indicadores propostos foi enviada aos especialistas por correio eletrônico. Junto também, foi enviado um texto explicativo com informações relacionadas à pesquisa e de como preencher a tabela. Foi solicitado aos especialistas que atribuíssem uma nota de zero a dez, onde zero significava exclusão do critério e dez significava importância

máxima do mesmo para a avaliação, e que também sugerissem a inclusão ou modificação de dimensões e critérios.

O tempo de retorno da tabela preenchida foi de, aproximadamente, dois meses. As informações obtidas na primeira rodada foram consolidadas em uma nova tabela. Os critérios com média igual ou superior a sete e com desvio padrão menor que três foram mantidos (SOUZA, SILVA e HARTZ, 2005).

Na segunda rodada, realizou-se uma conferência de consenso, através de reunião presencial, da qual participaram três especialistas que haviam respondido anteriormente ao instrumento enviado. A tabela com os resultados consolidados foi enviada previamente a esse grupo. Durante uma manhã inteira, o grupo analisou e debateu a matriz de critérios proposta. Após os debates, foi registrado o consenso do grupo.

Por fim, uma terceira rodada foi realizada. Nessa rodada, a matriz resultante do trabalho presencial foi enviada por correio eletrônico aos outros oito especialistas que participaram da primeira rodada. Foi solicitado a esse grupo que manifestassem a concordância ou discordância com a matriz apresenta, no entanto, sem atribuir pontuações.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética vinculado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o protocolo número 1.804.168, atendendo às Diretrizes e Normas de Pesquisa estabelecidas pela Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

O modelo lógico do PNCD (Figura 1) e o modelo teórico da avaliação (Figura 2) foi uma construção conjunta entre os pesquisadores e os gerentes da Vigilância em Saúde dos dois municípios. No modelo lógico são identificadas ações/atividades específicas da atuação do PNCD em municípios de fronteira: troca de informações epidemiológicas com o país vizinho, promoção de ações conjuntas de controle ao vetor com o país vizinho e produção de material informativo nas duas línguas (Português/Espanhol). Já o modelo teórico, evidenciou a necessidade de se considerar como fatores facilitadores ou dificultadores da implantação do programa, os contextos externo e político-organizacional. Os dois modelos construídos permitiu uma melhor elucidação do programa, orientando a construção da matriz de critérios.

A matriz, inicialmente proposta, foi composta de 128 critérios, distribuídos entre 29 subdimensões, oito dimensões e quatro contextos. Esta matriz foi enviada aos especialistas que avaliaram a pertinência dos critérios para a avaliação do PNCD nos municípios fronteiriços e também sugeriram exclusões e inserções de novos critérios.

As repostas apresentadas pelos especialistas foram inseridas em uma planilha. Calculou-se a média e o desvio padrão para cada critério. Quanto maior a média, maior a importância do critério. O desvio padrão estimou o grau ou ausência de consenso (SOUZA, SILVA e HARTZ, 2005). Os resultados estão apresentados na Tabela 1, que traz os contextos, as dimensões, as subdimensões e os critérios propostos, a média e o respectivo desvio padrão, e a pontuação final após a realização do consenso.

Dentre os 128 critérios propostos inicialmente, três critérios foram excluídos porque não foram consensuais: **Incentivo à capacitação ligado à remuneração** (Contexto Político-organizacional - Dimensão Capacidade de Governo - Subdimensão Políticas de Recursos Humanos), **Secretário com autonomia para utilização dos recursos municipais** (Contexto Político-organizacional - Dimensão Governabilidade - Subdimensão Autonomia Financeira da SMS), **Capacidade de iniciativa junto ao estadual/federal e aos outros municípios** (Contexto Político-organizacional - Dimensão Governabilidade - Subdimensão Autonomia Financeira da SMS). Foi sugerida a inclusão de dois critérios: **Apoio das Forças Armadas às ações de combate à dengue** (Contexto Político-organizacional - Dimensão Governabilidade - Subdimensão Apoio político ao projeto de governo da SMS quanto à organização das ações de saúde) e **Sala de situação implantada** (Contexto da Implantação - Dimensão Processo - Subdimensão Combate ao Vetor).

Após a primeira rodada, foi realizada a conferência de consenso com três especialistas que confirmaram as exclusões e inclusões da etapa anterior e também excluíram mais dois critérios: **Distribuição Demográfica** (Urbana e Rural) (Contexto Externo - Dimensão Condições socioeconômicas e ambientais - Subdimensão Indicadores Demográficos e Sociais) e **Relação do Secretário Municipal de Saúde com o Secretário Estadual de Saúde** (Contexto Político-organizacional - Dimensão Governabilidade - Subdimensão Relações Intersetoriais).

Tabela 1 – Média, desvio-padrão e pontuação final dos critérios da avaliação, segundo especialistas consultado

Contexto	Dimensão	Sub-dimensões	Critérios da Avaliação	Resultado da 1ª rodada		Pontuação Final após Consenso
				Média	Desvio padrão	
Externo	Condições socioeconômicas e ambientais	Indicadores Demográficos e Sociais	Renda per capita	8,62	1,69	9,0
			Taxa de Crescimento Anual da população	8,78	1,42	9,0
			Densidade Populacional	8,98	1,87	9,0
			Distribuição Demográfica (Urbana e Rural)	8,15	2,99	0,0
			Escolaridade	8,28	1,83	8,0
			Coefficiente de Gini	8,60	1,57	9,0
			Índice de Desenvolvimento Humano	8,72	1,10	9,0
		Saneamento Básico	Domicílios com rede geral de abastecimento de água	9,80	0,60	10,0
			Frequência de distribuição de água tratada	9,33	1,03	9,0
			Domicílios com sistema de coleta de lixo pelo serviço público	9,80	0,60	10,0
			Frequência da coleta de lixo	9,80	0,60	10,0
			Coleta seletiva de resíduos sólidos em geral e cobertura	9,08	1,45	9,0
			Domicílios ligados à rede pública de esgoto	9,63	0,67	10,0
		Condições Climáticas	Temperatura	9,33	1,03	9,0
			Amplitude Térmica	8,58	1,69	9,0
			Pluviosidade	9,53	0,93	10,0
Político-Organizacional	Projeto de governo	Planejamento e organização das ações de saúde	Plano Municipal de Saúde - PMS elaborado coletivamente, tendo como base o perfil epidemiológico e demográfico, incorporação das propostas e recomendações emanadas na Conferência Municipal de Saúde	9,32	1,23	9,0
			Programa Municipal de Controle da Dengue (PMCD) elaborado	8,90	1,77	9,0
			PMCD explicitado como prioridade no PMS	9,02	1,03	9,0
			Coordenador do PMCD designado	8,57	1,64	9,0
			Existência na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de uma unidade organizada para vigilância em saúde	9,65	0,52	10,0

Contexto	Dimensão	Sub-dimensões	Critérios da Avaliação	Resultado da 1ª rodada		Pontuação Final após Consenso
				Média	Desvio padrão	
Político-Organizacional	Projeto de governo	Planejamento e organização das ações de saúde	Iniciativas entre a SMS, a Secretaria de Educação e Setor de Saneamento para ações conjuntas de eliminação de criadouros e combate ao vetor	9,73	0,48	10,0
			Proporção de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município	9,65	0,52	10,0
			Proporção de cobertura dos Agentes de Controle de Endemias (ACE) no município	9,73	0,48	10,0
		Execução Financeira	Proporção de recursos próprios aplicados na saúde de acordo com a Lei Complementar nº 141/2012	9,82	0,42	10,0
			Proporção de recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) aplicada no PMCD	9,40	1,06	9,0
			Proporção da contrapartida municipal da área de vigilância em saúde aplicada no PMCD	9,00	1,14	9,0
	Capacidade de Governo	Perfil do Secretário Municipal de Saúde	Tempo de atuação	7,25	2,80	7,0
			Experiência acumulada em gestão ou coordenação de programas de saúde	9,28	0,92	9,0
			Formação na área de saúde pública	8,97	1,93	9,0
		Perfil da Equipe Gestora da SMS que atua no PMCD	Tempo de atuação	9,15	1,25	9,0
			Experiência acumulada em gestão ou coordenação de programas de saúde	9,48	0,84	9,0
			Formação na área de saúde pública	9,82	0,42	10,0
		Política de Recursos Humanos	Existência de Plano de Cargos e Salários	9,28	0,92	9,0
			Servidores contratados através de concurso público	9,23	1,10	9,0
			Incentivo à capacitação ligado à remuneração	8,65	3,10	-
		Controle Social	Presença de CMS representativo, propositivo e atuante	9,38	0,95	9,0
			Conselheiros capacitados adequadamente para o exercício da função	9,55	0,85	10,0
			Realização de Conferência Municipal de Saúde	9,55	0,85	10,0
	Sistema de ouvidoria do usuário implantado na SMS		9,47	1,35	9,0	
	Governabilidade	Autonomia Financeira da SMS	Secretário gestor do Fundo Municipal da Saúde (FMS)	9,65	0,70	10,0

Contexto	Dimensão	Sub-dimensões	Critérios da Avaliação	Resultado da 1ª rodada		Pontuação Final após Consenso
				Média	Desvio padrão	
Político-Organizacional	Governabilidade	Autonomia Financeira da SMS	Secretário com autonomia para utilização dos recursos municipais	8,67	3,13	-
			Representante da SMS na comissão de processos licitatórios	9,75	0,95	10,0
		Apoio político ao projeto de governo da SMS quanto à organização das ações de saúde	Apoio legislativo às ações de combate à dengue	9,22	1,20	9,0
			Apoio da sociedade civil organizada às ações de combate à dengue	9,83	0,63	10,0
			Apoio das Forças Armadas às ações de combate à dengue	10,0	0,00	10,0
		Relações Intersetoriais	Relação do Secretário Municipal de Saúde com o Secretário Estadual de Saúde	8,77	1,43	0,0
			Relação do Secretário Municipal de Saúde com os demais secretários do município	9,83	0,63	10,0
			Relação do Secretário Municipal de Saúde com sua equipe de dirigentes	10,00	0,00	10,0
			Capacidade de iniciativa junto ao estadual/federal e aos outros municípios	8,75	3,20	-
		Ações Integradas com o Município do País Vizinho	Participação do Secretário Municipal de Saúde nos órgãos colegiados do SUS	9,58	1,08	10,0
			Comitê de Saúde Binacional ativo	9,75	0,67	10,0
		Adesão dos agentes das práticas de controle e prevenção à dengue	Profissionais sentem-se participantes do processo de gestão	9,75	0,67	10,0
			Profissionais sentem-se satisfeitos com o seu trabalho e prazer em desenvolvê-lo	9,75	0,67	10,0
		Implantação	Estrutura	Vigilância Epidemiológica	Espaço físico adequado conforme necessidade	9,28
Equipamentos de informática existentes em relação à necessidade	9,30				1,35	9,0
Pontos de acesso à internet existente em relação à necessidade	9,30				1,35	9,0
Linhas telefônicas/fax existente em relação à necessidade.	9,55				0,69	10,0
Presença do Núcleo de VE Hospitalar	9,08				1,30	9,0

Contexto	Dimensão	Sub-dimensões	Critérios da Avaliação	Resultado da 1ª rodada		Pontuação Final após Consenso	
				Média	Desvio padrão		
Implantação	Estrutura	Vigilância Epidemiológica	Normas e protocolos disponibilizados à equipe	9,47	0,93	9,0	
			Número adequado de profissionais para desenvolvimento das práticas	9,83	0,60	10,0	
		Combate ao Vetor	Número de veículos existentes em operações de campo no PMCD em quantidade necessária	10,00	0,00	10,0	
			Equipamentos e insumos em quantidades necessárias para a realização das ações de combate ao vetor	10,00	0,00	10,0	
			Normas e protocolos disponibilizados à equipe	9,47	0,93	9,0	
			Número adequado de profissionais para desenvolvimento das práticas	9,83	0,60	10,0	
		Assistência aos Pacientes	Suficiência de leitos em período epidêmico e interepidêmico	10,00	0,00	10,0	
			Unidades de Saúde providas, no mínimo, dos medicamentos básicos para atendimento do paciente com suspeita de dengue	10,00	0,00	10,0	
			Existência de laboratório municipal e/ou de referência para realização de exames	10,00	0,00	10,0	
			Existência de Plano de Contingência	10,00	0,00	10,0	
			Existência de Sistema de Regulação de Leitos	9,38	1,12	9,0	
			Protocolo de atendimento disponibilizado para as unidades de saúde	9,47	0,93	9,0	
		Processo	Vigilância Epidemiológica	Número adequado de profissionais para desenvolvimento das práticas	9,83	0,60	10,0
				Operacionalização adequada do SINAN Dengue Online	9,63	0,81	10,0
	Notificação de todos os casos suspeitos de dengue			9,05	1,84	9,0	
	Envio rotineiro de material para sorologia			9,58	1,51	10,0	
	Envio rotineiro de material para isolamento viral			9,42	1,57	9,0	
	Produção de relatórios com mapas de monitoramento (casos e índices de infestação vetorial) com identificação de áreas de risco de forma oportuna.			9,80	0,60	10,0	
	Realização de busca ativa de casos graves nos serviços de saúde	9,92	0,30	10,0			

Contexto	Dimensão	Sub-dimensões	Critérios da Avaliação	Resultado da 1ª rodada		Pontuação Final após Consenso
				Média	Desvio padrão	
Implantação	Processo	Vigilância Epidemiológica	Existência de rotina de investigação de casos graves	9,83	0,60	10,0
			Investigação de todos os óbitos suspeitos de dengue, usando o protocolo de investigação de óbitos	10,00	0,00	10,0
			Retroalimentação de informações às unidades notificantes	9,83	0,60	10,0
			Casos encerrados no prazo adequado (SINAN)	9,82	0,40	10,0
			Intercâmbio oportuno e regular de informações epidemiológicas	9,75	0,67	10,0
		Combate ao Vetor	Operacionalização adequada do SisPNCD e envio dos dados à SES conforme fluxo estabelecido	9,63	0,81	10,0
			Realização dos ciclos e inspeção nos imóveis	10,00	0,00	10,0
			Realização de ações nos pontos estratégicos	10,00	0,00	10,0
			Realização do LIRAA de forma adequada	9,75	0,90	10,0
			Realização de bloqueio de casos	10,00	0,00	10,0
			Realização de visita domiciliar bimestral em 100% dos domicílios	9,37	1,21	9,0
			Realização de mutirões de limpeza urbana	8,58	2,80	9,0
			Promoção de ações conjuntas de controle vetorial com o município do país vizinho	9,92	0,30	10,0
			Sala de situação implantada	10,0	0,00	10,0
		Assistência aos Pacientes	Utilização dos critérios de classificação de risco	9,83	0,60	10,0
			Utilização do Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue	9,57	0,93	10,0
			Adoção de protocolo único de manejo clínico utilizado em todas as unidades de saúde (primária, secundária e terciária) com base no manual Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança	9,75	0,90	10,0
			Conformação clínica adequada no manejo dos casos	10,00	0,00	10,0

Contexto	Dimensão	Sub-dimensões	Critérios da Avaliação	Resultado da 1ª rodada		Pontuação Final após Consenso
				Média	Desvio padrão	
Implantação	Processo	Integração com Atenção Básica	Incorporação das ações de controle e prevenção da dengue no Pacs/ESF	10,00	0,00	10,0
			Unificação da base geográfica de trabalho entre a equipe de controle de vetores e Pacs/ESF	9,65	0,67	10,0
			Reuniões sistemáticas realizadas rotineiramente entre equipe de combate ao vetor e de saúde da família	9,65	0,67	10,0
		Saneamento Ambiental	Realização de ações de melhorias sanitárias domiciliares de acordo com as informações epidemiológicas e entomológicas divulgadas pela VE	9,82	0,40	10,0
			Investimento em obras de engenharia sanitária nos últimos 5 anos	9,47	0,93	9,0
		Educação em Saúde, Mobilização Social e Comunicação	Comitê municipal de mobilização implantado e funcionando de forma adequada	9,13	1,58	9,0
			Plano municipal de mobilização implantado	9,40	1,21	9,0
			Realização de ações educativas em toda a rede de ensino local	9,58	0,93	10,0
			Articulação de parcerias com a sociedade organizada	9,48	0,93	9,0
			Manter a mídia permanentemente informada, por meio de comunicados ou notas técnicas, quanto à situação do PMCD	9,23	1,17	9,0
			Elaboração de material educativo bilingue sobre os cuidados na prevenção da dengue	8,28	2,10	8,0
		Capacitação de Recursos Humanos	Proporção de ACE capacitados	10,00	0,00	10,0
			Proporção de supervisores de campo dos ACE capacitados	9,82	0,40	10,0
			Proporção de ACS capacitados	9,83	0,60	10,0
			Proporção de enfermeiros capacitados	9,82	0,40	10,0
			Proporção de técnicos da VE capacitados	9,82	0,40	10,0
			Proporção de médicos capacitados	9,82	0,40	10,0
			Proporção de técnicos de comunicação e mobilização social capacitados	9,48	0,93	9,0

Contexto	Dimensão	Sub-dimensões	Critérios da Avaliação	Resultado da 1ª rodada		Pontuação Final após Consenso
				Média	Desvio padrão	
Implantação	Processo	Legislação	Conhecimento das normas e protocolos que regem o PNCD	9,58	1,04	10,0
			Aplicação das normas e protocolos que regem o PNCD	9,75	0,90	10,0
			Existência de legislação municipal que imponha penalização ao proprietário de imóveis desocupados e terrenos baldios que negligencie a presença de criadouros em sua propriedade	9,82	0,40	10,0
			Aplicação de instrumentos legais para realizar trabalhos em casas fechadas, recusas e pontos estratégicos	9,83	0,60	10,0
		Sustentação Político-Social	Realizações de reuniões com prefeito e secretários municipais para apresentação do PMCD e obtenção da prioridade política continuamente	9,65	0,67	10,0
		Acompanhamento e Avaliação do PMCD	Comitê municipal de acompanhamento e avaliação implantado e funcionando de forma adequada	9,25	1,66	9,0
			Reuniões periódicas intersetoriais para avaliar os resultados das ações desenvolvidas no controle da dengue	9,82	0,40	10,0
			Reuniões de avaliação do PMCD promovidas pela Secretaria Estadual de Saúde	9,15	1,64	9,0
Efeitos	Efetividade das ações de controle da dengue	Evolução dos Indicadores Epidemiológicos e Entomológicos	Índice de infestação predial	9,75	0,90	10,0
			Número de casos notificados e taxa de incidência	10,00	0,00	10,0
			Número de hospitalizações por dengue	10,00	0,00	10,0
			Número de óbitos por dengue	10,00	0,00	10,0
		Satisfação dos Usuários	Em relação às ações preventivas da equipe de saúde	9,57	0,93	10,0
			Em relação às ações desenvolvidas pelo poder público	9,92	0,30	10,0

A tabela consensuada foi enviada por correio eletrônico para os outros oito especialistas, os quais concordaram com a matriz apresentada e definiram a matriz de critérios para avaliação do PNCD nos municípios de fronteira. A imagem-objetivo consensuada comporta 125 critérios, agrupados em 29 subdimensões, oito dimensões, que por sua vez, se agrupam em quatro contextos.

Discussão

De acordo com o documento de criação do PNCD (BRASIL, 2002), cada município deverá realizar adequações no programa condizentes com as especificidades locais e em sintonia com os objetivos, metas e componentes apresentados no documento. Essa recomendação baseia-se na política de descentralização do SUS, em que municípios assumem novas responsabilidades frente aos problemas de saúde local.

A condição de ser município de fronteira implica diretamente na prevenção e no controle das doenças transmissíveis, pois os agentes etiológicos e os vetores das doenças não reconhecem os limites estabelecidos pelas relações sociopolíticas de poder (PEITER, 2007). Portanto, há uma necessidade de se conhecer as adequações realizadas no PNCD em resposta às especificidades dos municípios de fronteira.

O modelo lógico e teórico possibilitou a construção da matriz de critérios para avaliar o PNCD em municípios de fronteira. Vários critérios aqui apresentados foram selecionados a partir do estudo de Pimenta Junior (2004, Desenvolvimento e Validação de um Instrumento para Avaliar o Programa Nacional de Controle da Dengue no Âmbito Municipal) e do estudo de Souza, Silva e Hartz (2005, Conferência de Consenso sobre a Imagem-Objetivo da Descentralização da Atenção à Saúde no Brasil). Esses critérios já haviam sido validados, no entanto, por se tratar de uma proposta para municípios de fronteira, foram novamente discutidos neste trabalho.

Uma das grandes dificuldades para a aplicação da metodologia proposta foi a demora na devolução da matriz pontuada pelos especialistas. Somadas, a primeira e terceira rodadas, demoraram aproximadamente três meses. Uma das vantagens de incluir uma rodada de discussão presencial entre especialistas é encurtar a duração do processo, considerando o tempo que levaria se as três rodadas fossem feitas pelo método Delfos original e, também, permitir a discussão e a interação entre os participantes.

Na primeira rodada do método Delfos, todos os critérios propostos inicialmente foram considerados importantes na avaliação dos especialistas. A exclusão de alguns se deu pela falta de consenso entre os avaliadores (desvio padrão ≥ 3) (Tabela 1).

Os contextos da Implantação e dos Efeitos tiveram todos os seus critérios considerados relevantes e consensuais para a avaliação do PNCD nos municípios de fronteira, sendo esse último o que obteve em todos os critérios pontuações máximas de relevância.

No contexto Externo, o único critério excluído foi “Distribuição Demográfica (Urbana e Rural)”. Esse critério foi excluído pelos especialistas presentes na conferência de consenso.

Todos os critérios não consensuais pertenciam ao contexto Político-Organizacional. A exclusão dos critérios “Incentivo à capacitação ligado à remuneração e Secretário com autonomia para utilização dos recursos municipais” se justifica pelo fato de ser observada uma sobreposição de interpretações com os critérios “Existência de Plano de Cargos e Salários e Secretário gestor do Fundo Municipal da Saúde”, respectivamente.

Dois outros critérios excluídos no contexto Político-Organizacional foram: “Relação do Secretário Municipal de Saúde com o Secretário Estadual de Saúde (excluído na conferência de consenso) e Capacidade de iniciativa junto ao estadual/federal e aos outros municípios (excluído por falta de consenso)”. A exclusão desses critérios se justifica por apresentar limitações para mensuração e também por extrapolar o contexto municipal.

Foi sugerida na primeira rodada do Delfo a inclusão de dois critérios: “Apoio das Forças Armadas às ações de combate à dengue” (contexto Político-Organizacional) e “Sala de situação implantada” (contexto da Implantação). A atuação da Marinha, do Exército e da Aeronáutica no combate ao *Aedes* é articulada a partir do pedido de apoio de Estados e municípios e constitui em um apoio fundamental para o enfrentamento da doença (BRASIL, 2015). O trabalho das Forças Armadas inclui a realização de mutirão em organizações militares, mobilização da população, atuação direta no combate ao mosquito e trabalho de conscientização em unidades de ensino.

A sala de situação em saúde é um espaço físico e virtual onde a informação em saúde é analisada sistematicamente por uma equipe técnica. São espaços de inteligência em saúde, dotados de visão integral e intersetorial, capaz de aportar informação oportuna e relevante para apoiar o processo de tomada de decisões (SAMICO et al., 2002). Elas devem ser implementadas no nível nacional, estadual e municipal. Nos municípios, a sala de situação da dengue é um importante instrumento de avaliação das ações locais.

A vigilância da dengue em municípios de fronteira é contemplada no PNCD como um subcomponente da Vigilância Epidemiológica. O objetivo desse subcomponente é a detecção

precoce da introdução de novos vírus/cepas nas regiões de fronteiras (BRASIL, 2002), tornando necessário o intercâmbio oportuno e regular de informações epidemiológicas. Para Pereira et al. (2011), a informação é o principal instrumento, o ponto de partida, para a vigilância em saúde das doenças transmissíveis.

Os critérios propostos e validados neste estudo relacionados às ações de controle da dengue específicas para municípios de fronteira refletem uma necessidade de integração entre os dois municípios fronteiriços. O Comitê Binacional de Saúde deve servir para pactuar ações coletivas de controle da doença e manter a regularidade das trocas de informações epidemiológicas.

Diante da existência de relações dinâmicas e evolutivas no tempo entre a intervenção, seus componentes e contexto e os diferentes atores em interação (POTVIN e GENDRON, 2006), o modelo aqui proposto para avaliar o PNCD em municípios de fronteira poderá ser revisto para contemplar novos aspectos ou outros não previstos anteriormente que surgem com o desenvolvimento ou aperfeiçoamento do programa.

Conclusão

O instrumento aqui proposto e validado por especialistas possibilitará a continuidade do estudo avaliativo por meio de critérios válidos, mais específicos para municípios de fronteira e passíveis de serem aferidos. O resultado final da avaliação poderá subsidiar os gestores na tomada de decisão.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue*. Secretaria de Atenção à Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Situação Epidemiológica/Dados*. Casos de Dengue: Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas, 1990 a 2016. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-dengue>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. *Programa Nacional de Controle da Dengue*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretriz SNCC n. 2/2015*, de 11 de novembro de 2015. Institui o Protocolo de Ações entre Ministério da Integração Nacional, Ministério da Defesa e o Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Diretriz-SNCC-n-2-Apoio-das-Forcas-Armadas.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. *Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CASTROGIOVANNI, Antonio Carlos; GASTAL, Susana. Fronteiras e turismo: tensionando conceitos. Anais... IV SEMINTUR – Seminário de Pesquisa em Turismo do MERCOSUL; III Seminário de Associação Nacional de Pesquisa e Pós Graduação em Turismo. Caxias do Sul – 7 e 8 de julho de 2006, p. 1-15.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, p. 29-48.

COSTA, E. A.; SABATEL, V. O. Mobilidades humanas e interações sociais entre comunidades rurais na fronteira Brasil-Bolívia. *Terr@Plural*, Ponta Grossa, v.8, n.1, p. 13-35, 2014.

DIAS, J. P. *Avaliação da efetividade do Programa de Erradicação do Aedes aegypti. Brasil, 1996-2002*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

FIGUEIRÓ, A.C. et al. Análise lógica da intervenção do programa de controle da dengue no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, sup. 1, p. 93-106, 2010.

GEIST, M. R. Using the Delphi method to engage stakeholders: a comparison of two studies. *Eval Program Plann*, 33, 2, p. 147-154, 2010.

GIRARDI, M.L. *Avaliação da vigilância entomo-epidemiológica no Programa de Controle da Dengue no Município de Cuiabá – MT*. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

GONZÁLEZ, J. L. T. La línea, La frontera e La modernidad. *Estudios Fronterizos*, n.10, v. 5, p. 73-90, Julio-diciembre, 2004.

HARTZ, Z. *Avaliação em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MEDINA, M.G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M.A. e VIEIRA DA SILVA, L.M. (Org.). *Avaliação em saúde:*

dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 41-63, 2005.

PEITER, P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. *Cad Saúde Pública*; 23, Suppl 2: S237-50, 2007.

PEREIRA, B.S. et al. O papel da vigilância epidemiológica no combate a dengue. C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, v.4, n.1, p.87-101, 2011.

PIMENTA JÚNIOR, F. G. *Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o Programa Nacional de Controle da Dengue no âmbito municipal*. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

POTVIN, L., GENDRON. S. *Programação e avaliação em saúde* (apostila). In: Seminário Avançado: Programação e Avaliação em Promoção da Saúde; 2006; Recife. Recife: Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira; 2006.

SAMICO, I. et al. A sala de situação da unidade de saúde da família: o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento para o planejamento estratégico local. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 26, p.236-244, 2002.

SOUZA, L. E. P.F.; SILVA, L. M.V.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2005. p. 65-102.

TREVISAN, M. Evaluability assessment from 1986 to 2006. *American Journal of Evaluation*, Illinois, v. 28, n. 3, p. 290-303, 2007.

VALDÉS, M.G., MARÍN, M.S. Empleo del método Delphi en investigaciones sobre salud publicadas en revistas científicas cubanas. *Rev Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 24, 2, p. 133-144, 2013.

WHO. Meeting of the strategic advisory group of experts on immunization. Conclusions and recommendations. *Wkly Epidemiol Rec*, 91, p. 266-284, 2016.

5.2 Artigo 2

Avaliação do Programa de Controle da Dengue em dois municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016

Evaluation of the Dengue Control Program in two border cities of Mato Grosso do Sul State, Brazil, 2016

Evaluación del Programa de Control del Dengue en dos municipios fronterizos de Mato Grosso Do Sul, Brasil, 2016

Elisângela Martins da Silva Costa¹, Rivaldo Venâncio da Cunha¹, Edgar Aparecido da Costa²

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Campo Grande/MS, Brasil

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços, Corumbá/MS, Brasil

Resumo

Objetivo: avaliar o grau de implantação do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) em dois municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul. **Métodos:** trata-se de uma avaliação normativa da estrutura e do processo de trabalho conduzida nos municípios de Corumbá, fronteira com a Bolívia, e Ponta Porã, fronteira com o Paraguai, em 2016, com aplicação de questionários estruturados complementados por questões abertas. **Resultados:** participaram do estudo 383 profissionais da saúde (227 de Corumbá e 156 de Ponta Porã); o nível de adequação do PNCD não variou entre os municípios; ambos foram classificados como parcialmente implantados, com grau de implantação de 63,1% e 66,4% para Corumbá e Ponta Porã, respectivamente. Também houve pouca variação ao se comparar as dimensões de estrutura e processo separadamente. **Conclusão:** a avaliação realizada apontou vários problemas na implantação do programa, muitos deles compartilhados entre os dois municípios.

Palavras-chave: Dengue; Serviços de saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Áreas de Fronteira; Estudos de Avaliação.

Abstract

Objective: to evaluate the degree of implementation of the National Dengue Control Program (PNCD) in two border municipalities of Mato Grosso do Sul State, Brazil. **Methods:** it is a normative evaluation of the structure and work process carried out in the municipalities of Corumbá, border with Bolivia, and Ponta Porã, border with Paraguay, in 2016, with the application of structured questionnaires complemented by questions open. **Results:** 383 health professionals participated in this study (227 of Corumbá and 156 of Ponta Porã); the

level of adequacy of the PNCD did not vary between the municipalities; both were classified as partially implanted, with implantation grade of 63.1% and 66.4% for Corumbá and Ponta Porã, respectively. There was also little variation when comparing the structure and process dimensions separately. **Conclusion:** the evaluation showed several problems in the implementation of the program, many of them shared between the two municipalities.

Key words: Dengue; Health Services; Program Evaluation; Border Areas; Evaluation Studies.

Resumen

Objetivos: evaluar el grado de implantación del Programa Nacional de Control del Dengue (PNCD) en dos municipios fronterizos de Mato Grosso do Sul. **Métodos:** se trata de una evaluación normativa de la estructura y del proceso de trabajo conducida en los municipios de Corumbá, frontera con Bolivia, y Ponta Porã, frontera con Paraguay, en 2016, con aplicación de cuestionarios estructurados complementados por cuestiones abiertas. **Resultados:** participaron del estudio 383 profesionales de la salud (227 de Corumbá y 156 de Ponta Porã); el nivel de adecuación del PNCD no varía entre los municipios; ambos fueron clasificados como parcialmente implantados, con grado de implantación del 63,1% y 66,4% para Corumbá y Ponta Porã, respectivamente. También hubo poca variación al comparar las dimensiones de estructura y proceso por separado. **Conclusión:** la evaluación realizada apuntó varios problemas en la implantación del programa, muchos de ellos compartidos entre los dos municipios.

Palabras-clave: Dengue; Servicios de Salud; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Áreas Fronterizas; Estudios de Evaluación.

Introdução

A dengue é endêmica na maioria dos países tropicais e subtropicais (América Latina, Sudeste Asiático e África Central), onde acontecem epidemias, afetando grandes e pequenas cidades.¹ Estima-se que ocorram anualmente 390 milhões de casos em todo o mundo. Deste total, calcula-se que 96 milhões são infecções aparentes e, pelo menos, 20 mil evoluam para óbito.² Neste século, o Brasil notificou mais casos de dengue do que qualquer outro país no mundo, aproximadamente 11 milhões até 2016, destacando as recentes epidemias de 2015 e 2016, com 1,6 e 1,5 milhões de casos, respectivamente. O estado de Mato Grosso do Sul registrou, em 2016, 44.814 casos suspeitos da doença; um aumento de 39% em relação ao ano anterior.³

O controle da doença no Brasil é realizado de acordo com as diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD).⁴ O PNCD, em vigor no país desde 2002, possui dez componentes compreendendo ações operacionais de vigilância integrada, entomológica e sobre o meio ambiente; de assistência aos pacientes; de educação em saúde, comunicação e mobilização social; capacitação dos profissionais; sustentação político-social e monitoramento e avaliação. A execução das ações do programa está incorporada na rotina das

secretarias municipais de saúde, com apoio dos estados e do Ministério da Saúde quando necessário, cabendo ao nível federal a maior parte do financiamento.

Entre os municípios prioritários para o PNCD, estão os de fronteira internacional, por serem considerados receptivos à introdução de novos sorotipos da doença. Nessas áreas, o fluxo transfronteiriço de pessoas é um importante veículo de disseminação dos sorotipos/cepas do vírus dengue, aumentando o potencial de epidemias.⁴

Sobre a magnitude da doença nas fronteiras brasileiras, Cerroni e Carmo⁵ relataram que no período de 2007 a 2009, a dengue foi, entre as doenças de notificação compulsória, a segunda mais expressiva nessas localidades, ficando atrás apenas da malária. Carvajal Cortés e colaboradores⁶ também constataram, no ano de 2010, que as médias da taxa de incidência de dengue entre as cidades gêmeas - aquelas localizadas nos corredores de circulação entre os países, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semiconurbação⁷ - foi 1,6 vezes maior do que a média nacional.

A vulnerabilidade dos municípios de fronteira às epidemias de dengue, a inexistência de estudos avaliativos do PNCD nessa região e a importância da avaliação em fornecer informações que possam contribuir para melhorar uma intervenção justificam a realização desse trabalho.

O presente estudo tem como objetivo avaliar o grau de implantação do PNCD em dois municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul, Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo avaliativo do tipo normativo, que mediu o grau de implantação (GI) do PNCD em dois municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul em suas dimensões de estrutura e processo,⁸ no ano de 2016.

Para a seleção dos municípios adotou-se os seguintes critérios: ter contato direto do seu território com o limite internacional e ser município prioritário para o PNCD em Mato Grosso do Sul. Com esses critérios foram identificados dois municípios, Corumbá e Ponta Porã.

Corumbá situa-se a Oeste do estado de Mato Grosso do Sul, na fronteira do Brasil com a Bolívia, com uma população estimada de 109.899 habitantes.⁹ À época da coleta de dados contava com 26 estratégias de saúde da família (ESF) implantadas, 22 localizadas na zona urbana e quatro na rural e um hospital filantrópico conveniado com o SUS, a Santa Casa de Misericórdia. Ponta Porã está localizada ao Sul, na fronteira do Brasil com o Paraguai, com população estimada de 89.592 habitantes.⁹ A rede pública assistencial contava com 15 ESF,

sendo 11 na zona urbana e quatro na rural, além do Hospital Regional Dr José de Simone Neto.

As variáveis selecionadas neste estudo para avaliação do GI foram os 10 componentes do PNCD.⁴ Foi construída uma matriz de análise e julgamento, na qual foram elencados critérios para cada componente do programa, definidos com base nas publicações técnicas e normativas do Ministério da Saúde^{4,10-12} e nos estudos publicados sobre avaliação do PNCD.¹³⁻¹⁶

Para validação dos critérios e estabelecimento de pontuações foi realizada uma técnica de consenso entre especialistas (método Delphos), de acordo com metodologia descrita por Souza, Silva e Hartz.¹⁷ O grupo de especialistas foi formado por pesquisadores em dengue e técnicos/gestores na área de saúde pública que atuam no combate à dengue em municípios fronteiriços, num total de 11 integrantes. O grupo atribuiu pontos diferenciados para cada critério, segundo o nível de importância do mesmo para a avaliação do PNCD. A pontuação máxima estabelecida foi de 706 pontos, distribuídos entre as dimensões estrutura (274 pontos) e processo (432 pontos) (Tabelas 1 e 2). Com base na matriz consensuada foram elaborados os questionários da pesquisa.

Foram convidados a participar do estudo os coordenadores da vigilância epidemiológica, do controle de vetores/endemias e da atenção primária à saúde, técnicos da vigilância epidemiológica, agentes de controle de endemias (ACE), agentes comunitários de saúde (ACS), médicos e enfermeiros das ESF urbanas e dos hospitais municipais. As ESF da zona rural foram excluídas do estudo, devido às dificuldades de acesso. Para a realização da pesquisa nos hospitais elencou-se o pronto socorro e o setor de leito de internação adulto e pediátrico. Os entrevistados foram selecionados de acordo com o dia da semana e o turno de trabalho. Durante uma semana foram convidados a participar do estudo um médico e um enfermeiro do período diurno e noturno dessas unidades, selecionados através de sorteio simples. Os demais profissionais, em sua totalidade, foram chamados a colaborar com a pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2016 por meio de questionários estruturados complementados por questões abertas. Os direcionados aos coordenadores foram aplicados pela primeira autora deste artigo. Os direcionados aos demais profissionais foram preenchidos pelos mesmos.

Para a construção dos escores do grau de implantação, inicialmente, foi calculada a média da pontuação dos questionários respondidos para cada critério e determinado o grau de implantação, em termos percentuais (pontos observados / pontos esperados x 100).

Posteriormente, realizou-se a soma dos critérios para o cálculo do GI dos componentes e dimensões. A classificação final do GI do PNCD e de seus componentes foi determinada com base na média aritmética do GI obtido para cada dimensão ($GI\ Total = GI\ Estrutura + GI\ Processo / 2$). A partir do escore alcançado, classificou-se o grau de implantação em 4 categorias: Implantado > 75; Parcialmente Implantado - 50 a 75 %; Baixo Nível de Implantação - 25 a 49% e Não Implantado - < 25%. Os dados foram tabulados e processados no Microsoft Excel® 2007.

As questões abertas do instrumento receberam tratamento qualitativo. As respostas foram organizadas por semelhança/aproximação de ideias e interpretadas de modo a colaborar com a análise dos dados.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética vinculado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o protocolo número 1.804.168, atendendo às Diretrizes e Normas de Pesquisa estabelecidas pela Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Do total de 470 profissionais elegíveis para o estudo, 383 (81,5%) aceitaram participar da pesquisa, 52 (11,1%) não aceitaram e 35 (7,4%) estavam ausentes do local de trabalho no momento da pesquisa. Dentre aqueles que concordaram em participar, 227 eram de Corumbá (três coordenadores, seis técnicos da vigilância epidemiológica, 43 ACE, 111 ACS, 13 médicos e 20 enfermeiros da ESF e 14 médicos e 17 enfermeiros do hospital) e 156 eram de Ponta Porã (três coordenadores, cinco técnicos da vigilância epidemiológica, 30 ACE, 66 ACS, oito médicos e nove enfermeiros da ESF e 17 médicos e 18 enfermeiros do hospital). O nível de adequação do PNCD não variou entre os dois municípios. Ambos foram classificados como parcialmente implantados, com GI de 63,1% e 66,4% para Corumbá e Ponta Porã, respectivamente. Tanto a dimensão da estrutura quanto a do processo de trabalho também foram classificadas como parcialmente implantadas em ambos os municípios (Figura1). A pontuação esperada, a pontuação observada e o GI de cada critério utilizado para avaliar os 10 componentes do PNCD, de acordo com as dimensões de estrutura e processo de trabalho, encontram-se nas Tabelas 1 e 2. Os resultados da avaliação do GI de cada componente do PNCD estão apresentados na Figura 2.

Com relação ao componente Vigilância epidemiológica, o município de Corumbá atingiu escore de 56% e o de Ponta Porã, 69%, classificando-os na condição de parcialmente implantados. O ponto crítico desse componente foi a estrutura, que foi avaliada com baixo nível de implantação em Corumbá (34,7%) e parcialmente implantada em Ponta Porã

(55,5%). As principais limitações se referem à adequação dos recursos materiais em ambos os municípios e ao número adequado de veículos em Corumbá (Tabela 1).

O componente Combate ao vetor atingiu o grau parcialmente implantado em Corumbá (61,5%) e implantado em Ponta Porã (83,3%). A dimensão processo obteve melhor desempenho, com grau implantado nos dois municípios (Figura 2). Destaca-se a promoção de ações conjuntas de controle vetorial com o município do país vizinho, por ser o único critério não implantado em Corumbá (Tabela 2). A estrutura ficou na condição de baixo nível de implantação em Corumbá (34,4%) e parcialmente implantada em Ponta Porã (69,5%) (Tabela 1). Dos cinco critérios utilizados para avaliar essa dimensão, apenas um estava implantado em Corumbá: normas e protocolos disponibilizados à equipe (86,7%). Em Ponta Porã, além do critério anterior, o número adequado de veículos para realização das ações de campo também estava implantado (100%).

Na análise do componente Integração com a atenção básica, ambos os municípios não atenderam o requisito da avaliação na dimensão estrutura (0,0%) (Tabela 1). Quanto ao processo, o critério mais mal avaliado foi "Unificação da base geográfica de trabalho" (0,0% para ambos os municípios) e o melhor foi "ACS capacitados em dengue": 71,0% para Corumbá e 95,0% para Ponta Porã (Tabela 2). Quanto ao GI do componente, Corumbá foi avaliado como não implantado (20,5%) e Ponta Porã com baixo nível de implantação (29,1%) (Figura 2).

Considerando a análise da estrutura e do processo de trabalho, os dois municípios obtiveram comportamentos similares na avaliação de dois componentes: Assistência aos pacientes - parcialmente implantado, com escores de 66,5% e 63,8% em Corumbá e Ponta Porã, respectivamente e, Legislação, onde Corumbá obteve um desempenho de 93,2% e Ponta Porã 95,2%, que os classificam como implantados (Figura 2). Outros dois componentes foram avaliados de forma idêntica em ambos os municípios: Saneamento ambiental, com GI parcial (73,7%) e Capacitação de recursos humanos, com baixo nível de implantação (25,0%) (Figura 2).

Corumbá apresentou melhor desempenho na avaliação dos componentes Educação em saúde, mobilização social e comunicação (80,3% - implantado), Sustentação político-social (75,0% - parcialmente implantado) e Acompanhamento e avaliação (74,1% - parcialmente implantado), se comparado com Ponta Porã (Figura 2). É possível identificar que o ponto crítico relacionado a esses componentes em Ponta Porã foi a estrutura, com escores de 70,5%, 0,0% e 0,0%, respectivamente (Tabela 1). Os dois municípios estudados apresentaram fragilidades na dimensão processo do componente acompanhamento e avaliação,

principalmente por não realizarem reuniões periódicas intersetoriais para avaliação das ações do programa (Tabela 2).

Discussão

Este é o primeiro estudo avaliativo do PNCD realizado em municípios fronteiriços. Os critérios utilizados possibilitaram classificá-lo como parcialmente implantado em Corumbá e Ponta Porã. Vários problemas foram identificados na implantação do programa, muitos deles compartilhados entre os municípios.

De forma geral, a implantação da vigilância epidemiológica foi parcial nos dois municípios. Ao discriminar por dimensão, os valores mais baixos foram encontrados para a estrutura. O processo foi avaliado como implantado. Galvão e colaboradores,¹⁸ em artigo que avalia a vigilância epidemiológica da malária em Mato Grosso, também apontou a infraestrutura como ponto crítico desse setor.

Em Corumbá, a equipe foi unânime ao relatar a inadequação do espaço físico e do mobiliário existente. Destacou-se, também, a escassez de material de consumo utilizado no processo de trabalho, especificamente os vinculados à impressão e a inexistência de veículo próprio para realização das ações de campo. Em Ponta Porã, o espaço físico necessitava de reformas. A carência de mais computadores, um específico para realizar a digitação de óbitos, mais impressoras e de uma linha telefônica exclusiva para o setor também foram identificados como entraves.

Ainda que o processo da vigilância epidemiológica tenha sido avaliado como implantado, foram identificados problemas em alguns critérios. A subnotificação de casos foi relatada em ambos municípios. Como causa, os profissionais entrevistados citaram a pouca adesão da rede privada de saúde. A não notificação ou a notificação tardia dos casos de dengue compromete a definição oportuna de estratégias de controle epidemiológico.

Duarte e França¹⁹ verificaram 37% de subnotificação de casos de dengue no período entre 1997-2002 em Belo Horizonte, com chance oito vezes maior de ocorrência em hospitais da rede privada do que nos públicos. As autoras apontaram que uma das possíveis explicações seria uma menor integração ao sistema de vigilância epidemiológica local, que interage mais com os hospitais públicos por tradições históricas e culturais.

Através da implementação de estratégias específicas direcionadas à rede privada, como estabelecimento de mecanismos ágeis e eficientes de produção e disseminação de informações técnico-científicas, e de adequação dos processos de comunicação, Kemp e colaboradores²⁰ demonstraram que é possível uma boa adesão da rede privada ao sistema de

vigilância. Os autores observaram, após a adoção das medidas acima, um aumento do percentual de casos notificados de doenças febris exantemáticas pelo setor privado no município de Campinas, estado de São Paulo (de 1,6 para 8,3%; $p < 0,05$).

Verificaram-se ainda problemas relativos à utilização de dados produzidos pela vigilância epidemiológica. Deficiência na elaboração de boletins e/ou informes, ausência de retroalimentação adequada às ESF e a não utilização de informações epidemiológicas e entomológicas para direcionar as ações de saneamento, corroboram a literatura.^{14,21} Esses aspectos negativos podem repercutir no monitoramento contínuo do programa, na utilização dessas informações para direcionar as ações para áreas com maior índice de infestação pelo vetor, na racionalização de recursos humanos e materiais, bem como em uma melhor articulação intra e intersetorial.²¹

Outra questão de grande importância para a prevenção e controle da dengue nos municípios de fronteira, sobretudo naqueles que são cidades gêmeas, como Corumbá e Ponta Porã, é a cooperação entre os países. No presente estudo a existência de estratégias locais para a cooperação internacional no combate à dengue, como "intercâmbio oportuno e regular de informações epidemiológicas" e "promoção de ações conjuntas de controle vetorial", foi observada somente em Ponta Porã.

Giovanella e colaboradores²² já haviam identificado na fronteira de Mato Grosso do Sul com o Paraguai uma maior presença de iniciativas relativas a questões de saúde ao comparar com outros espaços fronteiriços. As autoras chamam a atenção para a importância da atuação dos gestores locais como atores essenciais para o desencadeamento e fortalecimento das práticas de cooperação entre os países da América do Sul.

No que se refere ao combate ao vetor observou-se graus de implantação diferentes para Corumbá e Ponta Porã: parcialmente implantado e implantado, respectivamente. Diferenças contextuais entre os municípios analisados podem explicar parte dos resultados encontrados. O fato de Corumbá não dispor de quantidade suficiente de profissionais para desenvolvimento das práticas e de veículos para realização das ações de campo e a não adequação dos recursos materiais foi decisivo para o não alcance do grau de implantação plena do componente. Esses dados se aproximaram daqueles resultantes da avaliação da vigilância entomoepidemiológica da dengue no município de Cuiabá realizada por Girardi.¹⁶

Vale ressaltar que mesmo com limitações na estrutura da vigilância epidemiológica e do combate ao vetor, os processos de trabalho foram avaliados como implantados nos dois municípios. Esse resultado, de modo geral, revela um alto grau de comprometimento das equipes estudadas com o trabalho que desenvolvem.

O Componente Assistência aos pacientes foi considerado parcialmente implantado em ambos os municípios. Outras avaliações têm identificado resultados semelhantes.^{13,15} O ponto crítico relacionado à estrutura desse componente foi a insuficiência de leitos tanto no período epidêmico como interepidêmico. Cabe ressaltar que nos municípios estudados há uma procura de atendimento no SUS por parte de estrangeiros, sendo que a internação hospitalar é uma demanda frequente entre esses atendimentos.²² Essa particularidade pode ser um dos fatores que influenciou a opinião da maioria dos profissionais entrevistados. Na dimensão processo, apenas a utilização dos critérios de classificação de risco estava implantada. As outras atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde¹² foram parcialmente adotadas pelos municípios.

As falhas neste componente, relativas à estrutura e processo, podem ser um limitador da qualidade no cuidado ao paciente com dengue, visto que a organização da rede de serviços de saúde, desde a atenção básica, com fluxo definido para os diferentes níveis de complexidade, apoio laboratorial, presença de médicos, enfermeiros e demais profissionais capacitados, é medida reconhecida como necessária para evitar a ocorrência de um desfecho negativo.¹⁵

A integração com a atenção básica, embora mais perceptível em Ponta Porã, ainda se configura de forma tímida nesses municípios. Os entrevistados não fizeram referência à existência de fluxos de trabalho integrando as atividades dos ACS e ACE; a base territorial de atuação é distinta e, soma-se a isto a escassez de momentos coletivos de discussão que compromete a integração das equipes, a análise da situação de saúde do território e o planejamento das ações. Pessoa e colaboradores²³ também detectaram vários obstáculos para o cumprimento das ações integradas preconizadas pelo PNCD ao analisar os consensos produzidos pelos ACS e ACE de um distrito sanitário de Goiânia. Esses autores perceberam que quando há uma articulação sistemática da vigilância epidemiológica e entomológica na atenção básica, com as atividades funcionando de modo integrado, potencializa-se o trabalho e evita-se a duplicidade das ações.

Entre os componentes que mais influenciaram negativamente o GI do PNCD em ambos os municípios está a capacitação de recursos humanos, avaliado com baixo nível de implantação. Os municípios não possuíam um plano municipal de capacitação e educação permanente, apesar do desenvolvimento de ações assistemáticas, pontuais, normalmente como resposta ao aumento de casos da doença, e fragmentadas, como relatado também por Galvão e colaboradores.¹⁸

Outro ponto crítico observado neste estudo e que foi restritivo às ações integradas do PNCD e à implantação dos componentes sustentação político-social e acompanhamento e avaliação foi a inexistência ou limitado funcionamento do Comitê Municipal de Mobilização, Acompanhamento e Avaliação das medidas de controle da dengue. Tal resultado também foi encontrado por Pimenta Júnior.¹⁴ Em Corumbá, apesar de ativo, o comitê funcionava de forma inadequada. As reuniões mensais, na sua grande maioria, contavam apenas com a participação do setor saúde, mais especificamente o de vigilância epidemiológica e o de controle de vetores. Em Ponta Porã, o comitê estava desativado, o que contribuiu também para a implantação parcial do Componente Educação em saúde, mobilização social e comunicação.

Constituído por diversos segmentos da sociedade, inclusive, em municípios de fronteira, por instituições do país vizinho, os comitês tem a função de propor, implantar, coordenar, avaliar e acompanhar as ações de combate à dengue em âmbito local. De acordo com Lima e Vilasbôas,²⁴ a estruturação dos comitês é uma estratégia que possibilita a operacionalização das ações intersetoriais do programa para alcance dos resultados de maneira mais eficiente do que o setor saúde poderia alcançar isoladamente.

Como limitação do estudo, aponta-se o fato das informações terem sido referidas pelos pesquisados, estando sujeitas a vieses de percepção dos mesmos, decorrentes de sua formação profissional, tempo dedicado e experiência em Saúde Pública, relações pessoais, profissionais e culturais. Para mais, assinalam-se algumas questões que fugiram aos objetivos deste trabalho e que poderão ser exploradas em pesquisas futuras, quais sejam: a análise do contexto externo e político-organizacional dos municípios para ampliar a compreensão sobre os fatores facilitadores e limitadores à implantação e o impacto dos resultados encontrado nesse estudo sobre a efetividade do PNCD.

A implantação de um programa, como o PNCD, sustentado por ações intersetoriais, ainda é um desafio para os municípios. Essa situação ganha contornos específicos nos municípios de fronteira, onde a proximidade com o outro país e os fluxos transfronteiriços exigem ações de cooperação internacional para alcançar o efetivo controle da dengue.

A avaliação realizada apontou vários elementos que dificultaram a implantação do programa, muitos relacionados à desarticulação intra e intersetorial. Entre as recomendações que demandam maior atenção podem ser listadas a adequação da estrutura; melhoria da integração entre vigilância e ESF; investimento continuado em capacitações que abordem o PNCD de forma integrada; reestruturação das ações de vigilância epidemiológica e entomológica com vistas a ampliação dos canais de comunicação com outros setores públicos

e privados para dinamizar o fluxo de dados e informações e implantação de forma adequada do Comitê da Dengue, de modo a integrar os diferentes setores de governo e da sociedade para discutir, avaliar e promover ações intersetoriais de prevenção e controle da doença. Evidencia-se, outrossim, a necessidade de participação ativa dos gestores e profissionais no processo de repensar uma política integradora de combate à dengue nos municípios fronteiriços. Nesse sentido, a população fronteiriça deve ser considerada uma e cabe aos gestores o papel de estabelecer canais para troca de informações em saúde e diálogos para aprimorar as ações a partir da construção conjunta de estratégias mais próprias de suas realidades. Em última análise, o impacto desse conjunto de medidas poderá trazer benefícios, não somente ao controle da dengue, mas também da Chikungunya e Zika, doenças emergentes no Brasil e que compartilham o mesmo vetor.

Contribuição dos autores

Costa EMS trabalhou em todas as etapas do artigo, desde a elaboração do projeto até a redação final do manuscrito. Cunha RV trabalhou na concepção e delineamento do estudo e na revisão crítica do manuscrito. Costa EA trabalhou na análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Barcellos C, Lowe R. Expansion of the dengue transmission area in Brazil: the role of climate and cities. *Trop Med Int Health*. 2014 Feb;19(2):159-168.
2. Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL, et al. The global distribution and burden of dengue. *Nature*. 2013 Apr;496(7446):504-507.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação Epidemiológica/Dados. Casos de Dengue: Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas, 1990 a 2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2017 ago 30]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-dengue>.
4. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Cerroni MP, Carmo EH. Magnitude das doenças de notificação compulsória e avaliação dos indicadores de vigilância epidemiológica em municípios da linha de fronteira do Brasil, 2007 a 2009. *Epidemiol Serv Saude*. 2015 Dec;24(4):617-628.

6. Carvajal Cortés JJ, Honório NA, Gibson G, Peiter PC. Determinantes sociais da distribuição espacial dos casos de dengue na faixa fronteira do Brasil. *Espaço & Geografia*. 2015;18(3):611-638.
7. Machado LO, Haesbaert R, Ribeiro LP, Steiman R, Peiter PC, Novaes AR. O desenvolvimento da faixa de fronteira: uma proposta conceitual e metodológica. In: Oliveira TCM. *Território sem limites: estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: UFMS; 2005. p. 87-112.
8. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 1966;44(3):166-203.
9. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades. População estimada em 2017* [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017 [citado 2017 nov 6]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
13. Vinhal LC. *Avaliação da qualidade da assistência hospitalar para os casos graves de dengue*. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2008.
14. Pimenta Júnior FG. *Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o Programa Nacional de Controle da Dengue no âmbito municipal*. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2005.
15. Figueiró AC, Hartz ZMA, Brito CAA, Samico I, Siqueira Filha NT, Cazarin G, et al. Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade da assistência: estudo de caso em dois municípios da Região Nordeste, Brasil, 2008. *Cad Saude Publica*. 2011 Dec;27(12):2373-2385.
16. Girardi ML. *Avaliação da vigilância entomo-epidemiológica no Programa de Controle da Dengue no Município de Cuiabá – MT*. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.
17. Souza LEPPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2005. p. 65-102.
18. Galvão ND, Yokoo EM, Santos MA, Natal S. *Vigilância epidemiológica no plano de intensificação das ações de controle de malária no estado de Mato Grosso: estudo de caso*. *Cien Saude Colet*. 2008 Dec;13(6):1933-1944.

19. Duarte HHP, França EB. Qualidade dos dados da vigilância epidemiológica da dengue em Belo Horizonte, MG. Rev Saude Publica. 2006 jan-feb;40(1):134-42.
20. Kemp B, Toscano CM, Barros ENC, Barros FR, Moraes JC. Setor privado de saúde e a vigilância da síndrome febril exantemática: uma experiência municipal. Epidemiol Serv Saude. 2009 Jun;18(2):141-152.
21. Costa CS, Rocha AM, Silva GS, Jesus RPFS, Albuquerque AC. Programa de Controle da Esquistossomose: avaliação da implantação em três municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Saude debate. 2017 Mar;41(n.spe):229-241.
22. Giovanella L, Guimarães L, Nogueira VMR, Lobato LVC, Damacena GN. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. Cad Saude Publica. 2007;23 Suppl 2:S251-S266.
23. Pessoa JPM, Oliveira ESF, Teixeira RAG, Lemos CLS, Barros NF. Control of dengue: Consensus views of Endemic Disease Control Agents and Community Health Agents on their integrated action. Cien Saude Colet. 2016 Aug;21(8): 2329-2338.
24. Lima EC, Vilasboas ALQ. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. Cad Saude Publica. 2011 Aug;27(8):1507-1519.

Tabelas e figuras

Figural - Grau de implantação do Programa de Controle da Dengue dos municípios de Corumbá e Ponta Porã. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016.

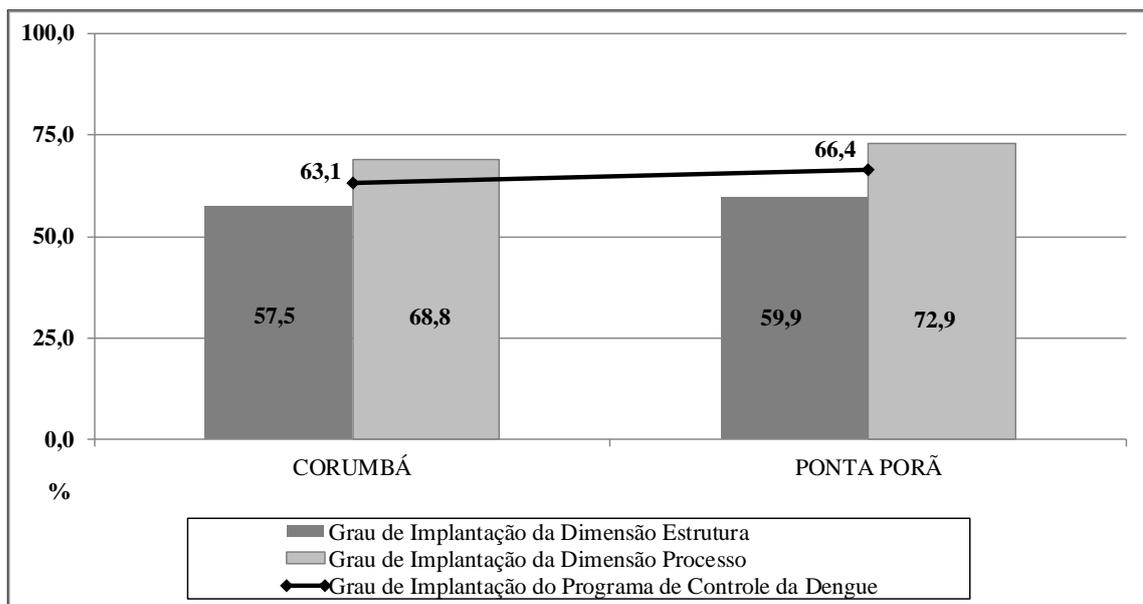


Tabela 1 – Grau de implantação conforme componentes e critérios avaliados na dimensão estrutura do Programa de Controle da Dengue dos municípios de Corumbá e Ponta Porã. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016.

Componentes/Critérios	P.E*	Grau de Implantação			
		Corumbá		Ponta Porã	
		P.O*	%	P.O*	%
1. Vigilância epidemiológica	49	17,5	35,7	27,2	55,5
1.1 Adequação dos recursos materiais (físico, equipamentos e de consumo)	20	0,0	0,0	0,0	0,0
1.2 Número adequado de veículos para realização das ações de campo	10	0,0	0,0	10,0	100,0
1.3 Número adequado de profissionais para desenvolvimento das práticas	10	10,0	100,0	10,0	100,0
1.4 Normas e protocolos disponibilizados à equipe	9	7,5	83,3	7,2	80,0
2. Combate ao vetor	59	20,3	34,4	41,0	69,5
2.1 Adequação dos recursos materiais (físico, equipamentos e de consumo)	20	6,0	30,0	11,7	58,5
2.2 Número adequado de veículos para realização das ações de campo	10	0,0	0,0	10,0	100,0
2.3 Existência de laboratório de entomologia equipado	10	5,0	50,0	5,0	50,0
2.4 Número adequado de profissionais para desenvolvimento das práticas	10	1,5	15,0	7,1	71,0
2.5 Normas e protocolos disponibilizados à equipe	9	7,8	86,7	7,2	80,0
3. Assistência aos pacientes	69	44,2	64,1	47,0	68,1
3.1 Adequação dos recursos materiais (físico, equipamentos, medicamentos e de consumo)	20	12,3	61,5	13,6	68,0
3.2 Número adequado de profissionais para desenvolvimento das práticas	10	5,3	53,0	5,0	50,0
3.3 Normas e protocolos disponibilizados à equipe	9	5,1	56,7	6,2	68,9
3.4 Suficiência de leitos em período epidêmico e interepidêmico	10	1,5	15,0	2,2	22,0
3.5 Existência de laboratório municipal e/ou de referência para realização de exames	10	10,0	100,0	10,0	100,0
3.6 Existência de plano de contingência	10	10,0	100,0	10,0	100,0
4. Integração com atenção básica	10	0,0	0,0	0,0	0,0
4.1 Existência de fluxos de trabalho integrando as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Controle de Endemias	10	0,0	0,0	0,0	0,0
5. Saneamento ambiental	9	9,0	100,0	9,0	100,0
5.1 Existência de plano municipal de saneamento básico	9	9,0	100,0	9,0	100,0
6. Educação em saúde, mobilização social e comunicação	40	37,5	93,7	30,0	75,0
6.1 Existência de comitê municipal de mobilização social	10	10,0	100,0	0,0	0,0
6.2 Adequação dos recursos materiais (equipamentos, folders, cartazes)	20	17,5	87,5	20,0	100,0
6.3 Existência de equipes de educação em saúde e mobilização social	10	10,0	100,0	10,0	100,0
7. Capacitação de recursos humanos	9	0,0	0,0	0,0	0,0
7.1 Existência de plano municipal de capacitação e educação permanente	9	0,0	0,0	0,0	0,0
8. Legislação	10	10,0	100,0	10,0	100,0
8.1 Existência de legislação municipal que imponha penalização ao proprietário de imóveis desocupados e terrenos baldios que negligencie a presença de criadouros em sua propriedade	10	10,0	100,0	10,0	100,0
9. Sustentação político-social	10	10,0	100,0	0,0	0,0
9.1 Existência de comitê intersetorial da dengue	10	10,0	100,0	0,0	0,0
10. Acompanhamento e avaliação	9	9,0	100,0	0,0	0,0
10.1 Existência de comitê municipal de acompanhamento e avaliação do Programa Nacional de Controle da Dengue	9	9,0	100,0	0,0	0,0
Grau de implantação da estrutura	274	157,5	57,5	164,2	59,9

*P.E - pontuação esperada; P.O - pontuação observada

Tabela 2 – Grau de implantação conforme componentes e critérios avaliados na dimensão processo do Programa de Controle da Dengue dos municípios de Corumbá e Ponta Porã. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016.

Componentes/Critérios	P.E*	Grau de Implantação			
		Corumbá		Ponta Porã	
		P.O*	%	P.O*	%
1. Vigilância epidemiológica	118	90,1	76,3	97,5	82,6
1.1 Operacionalização adequada do SINAN Dengue Online	10	10,0	100,0	10,0	100,0
1.2 Notificação de todos os casos suspeitos de dengue	9	0,0	0,0	0,0	0,0
1.3 Envio rotineiro de material para sorologia	10	10,0	100,0	10,0	100,0
1.4 Envio rotineiro de material para isolamento viral	9	9,0	100,0	9,0	100,0
1.5 Produção de relatórios com mapas de monitoramento com identificação de áreas de risco de forma oportuna	10	8,3	83,0	6,0	60,0
1.6 Realização de busca ativa de casos graves	10	6,7	67,0	10,0	100,0
1.7 Existência de rotina de investigação de casos graves	10	10,0	100,0	8,0	80,0
1.8 Investigação de todos os óbitos suspeitos de dengue	10	10,0	100,0	10,0	100,0
1.9 Retroalimentação de informações às unidades notificantes	10	6,1	61,0	4,5	45,0
1.10 Casos encerrados no prazo adequado	10	10,0	100,0	10,0	100,0
1.11 Técnicos da vigilância epidemiológica capacitados	10	10,0	100,0	10,0	100,0
1.12 Intercâmbio oportuno e regular de informações epidemiológicas com o município do país vizinho	10	0,0	0,0	10,0	100,0
2. Combate ao vetor	80	71,0	88,7	77,8	97,2
2.1 Operacionalização adequada do Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue (SisPNCD)	10	10,0	100,0	10,0	100,0
2.2 Realização dos ciclos e inspeção nos imóveis	10	10,0	100,0	10,0	100,0
2.3 Realização de ações nos pontos estratégicos	10	10,0	100,0	10,0	100,0
2.4 Realização do Levantamento de Índice Rápido para o <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA) de forma adequada	10	10,0	100,0	10,0	100,0
2.5 Realização de bloqueio de casos	10	10,0	100,0	10,0	100,0
2.6 Agentes de Controle de Endemias capacitados em dengue	10	9,5	95,0	10,0	100,0
2.7 Supervisores de campo capacitados em dengue	10	10,0	100,0	10,0	100,0
2.8 Promoção de ações conjuntas de controle vetorial com o município do país vizinho	10	1,5	15,0	7,8	78,0
3. Assistência aos pacientes	60	41,4	69,0	35,7	59,5
3.1 Utilização dos critérios de classificação de risco	10	9,2	92,0	8,5	85,0
3.2 Utilização do cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue	10	5,4	54,0	1,4	14,0
3.3 Adoção de protocolo único de manejo clínico utilizado em todas as unidades de saúde com base no manual Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança	10	7,6	76,0	8,0	80,0
3.4 Enfermeiros capacitados em dengue	10	6,3	63,0	6,8	68,0
3.5 Médicos capacitados em dengue	10	7,5	75,0	6,0	60,0
3.6 Exames para atendimento dos casos de dengue disponíveis e adequados	10	5,4	54,0	5,0	50,0
4. Integração com atenção básica	50	20,5	41,0	29,1	58,2
4.1 Agentes Comunitários de Saúde capacitados em dengue	10	7,1	71,0	9,5	95,0
4.2 Incorporação das ações de controle e prevenção da dengue no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Estratégia Saúde da Família (ESF)	10	5,7	57,0	8,8	88,0
4.3 Incorporação dos Agentes de Controle de Endemias na Estratégia Saúde da Família	10	5,2	52,0	5,3	50,0
4.4 Unificação da base geográfica de trabalho entre a equipe de controle de vetores e Pacs/ESF	10	0,0	0,0	0,0	0,0
4.5 Reuniões sistemáticas realizadas rotineiramente entre equipe de combate ao vetor e da saúde da família	10	2,5	25,0	5,5	55,0
5. Saneamento ambiental	19	9,0	47,4	9,0	47,4
5.1 Ações de saneamento direcionadas mediante o uso de informações epidemiológicas e entomológicas	10	0,0	0,0	0,0	0,0
5.2 Realização de mutirões de limpeza urbana	9	9,0	100,0	9,0	100,0
6. Educação em saúde, mobilização social e comunicação	36	24,1	66,9	23,8	66,1

6.1 Realização de ações educativas em toda a rede de ensino local	10	10,0	100,0	10,0	100,0
6.2 Articulação de parcerias com a sociedade organizada	9	5,1	56,7	4,8	53,3
6.3 Técnicos de comunicação e mobilização social capacitados em dengue	9	9,0	100,0	9,0	100,0
6.4 Elaboração de material educativo bilíngue sobre os cuidados na prevenção da dengue	8	0,0	0,0	0,0	0,0
	10	5,0	50,0	5,0	50,0
7. Capacitação de recursos humanos					
7.1 Capacitação profissional contínua	10	5,0	50,0	5,0	50,0
8. Legislação	20	17,3	86,5	18,1	90,5
8.1 Conhecimento dos instrumentos normativos	10	8,1	81,0	8,5	85,0
8.2 Aplicação dos instrumentos normativos	10	9,2	92,0	9,6	96,0
9. Sustentação político-social	10	5,0	50,0	5,0	50,0
9.1 Realizações de reuniões com prefeito e secretários municipais para apresentação do programa e obtenção da prioridade política continuamente	10	5,0	50,0	5,0	50,0
10. Acompanhamento e avaliação	29	14,0	48,3	14,0	48,3
10.1 Sala de situação implantada	10	5,0	50,0	5,0	50,0
10.2 Reuniões periódicas intersetoriais para avaliação das ações do programa	10	0,0	0,0	0,0	0,0
10.3 Visitas de acompanhamento e avaliação realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde ao município	9	9,0	100,0	9,0	100,0
Grau de implantação do processo	432	297,4	68,8	315,0	72,9

*P.E - pontuação esperada; P.O - pontuação observada

Figura 2 – Grau de implantação dos componentes do Programa de Controle da Dengue nos municípios de Corumbá e Ponta Porã. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016.

Componentes	Grau de Implantação					
	Estrutura		Processo		Total	
	Corumbá	Ponta Porã	Corumbá	Ponta Porã	Corumbá	Ponta Porã
1. Vigilância epidemiológica	38,8	59,2	75,4	79,7	57,1	69,4
2. Combate ao vetor	40,7	74,6	87,5	100,0	64,1	87,3
3. Assistência aos pacientes	57,2	57,2	58,3	50,0	57,7	53,6
4. Integração com atenção básica	100,0	100,0	30,0	60,0	65,0	80,0
5. Saneamento ambiental	100,0	100,0	47,4	47,4	73,7	73,7
6. Educação em saúde, mobilização social e comunicação	100,0	75,0	65,3	65,3	82,6	70,1
7. Capacitação de recursos humanos	0,0	0,0	50,0	50,0	25,0	25,0
8. Legislação	100,0	100,0	75,0	100,0	87,5	100,0
9. Sustentação político-social	100,0	0,0	50,0	50,0	75,0	25,0
10. Acompanhamento e avaliação	100,0	0,0	48,3	31,0	74,1	15,5

	Implantado: >75%
	Parcialmente Implantado: 50% a 75%
	Incipiente: 25% a 49%
	Não Implantado: <25%

5.3 Artigo 3

O programa de controle da dengue em municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul: uma análise de implantação

Implementation analysis of the dengue control program in border municipalities of the Brazilian State of Mato Grosso do Sul

Elisângela Martins da Silva Costa¹, Rivaldo Venâncio da Cunha¹, Edgar Aparecido da Costa²

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Campo Grande/MS, Brasil

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços, Corumbá/MS, Brasil

Resumo

Objetivo: analisar a influência das características contextuais de dois municípios fronteiriços do estado do Mato Grosso do Sul, Corumbá (fronteira Brasil/Bolívia) e Ponta Porã (fronteira Brasil/Paraguai), nos graus de implantação do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) e a influência dos graus de implantação nos efeitos observados. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa avaliativa, tipo estudo de casos, desenvolvida em 2016. A coleta de dados envolveu análise documental e entrevistas semiestruturadas com informantes-chave. **Resultados:** o contexto externo dos dois municípios foi desfavorável à implantação das ações de controle da dengue; em Corumbá a capacidade de governo e a governabilidade apresentaram-se favoráveis e o projeto de governo pouco favorável; em Ponta Porã o lado mais robusto do triângulo foi a governabilidade; projeto de governo e capacidade de governo mostraram-se, respectivamente, pouco favorável e desfavorável; as metas propostas pelo PNCD não foram alcançadas nos municípios selecionados. **Conclusão:** houve uma modulação entre os contextos externo e político-organizacional para a implantação parcial do PNCD; a implantação parcial dos programas, por si só, não foi capaz de explicar o não cumprimento de todas as metas preconizadas pelo PNCD nos municípios fronteiriços estudados.

Palavras-chave: Dengue; Serviços de Saúde; Áreas de Fronteira; Estudos de Avaliação.

Abstract

Objective: to analyze the influence of the contextual characteristics of two border municipalities of Mato Grosso do Sul State, Brazil, Corumbá (border Brazil/Bolivia) and Ponta Porã (border Brazil/Paraguay), in the degrees of implementation of the National Dengue Control Program (PNCD) and the influence of degrees of implantation on the observed effects. **Methods:** it is an evaluative research, a case study, developed in 2016. Data collection involved documentary analysis and semi-structured interviews with stakeholders. **Results:** the external context of the two municipalities was unfavorable to the implementation of dengue control actions; in Corumbá, government capacity and governability proved

favorable and the project of government unfavorable; in Ponta Porã the most robust side of the triangle was governability; project of government and government capacity were, respectively, unfavorable and unfavorable; the goals proposed by the PNCD were not reached in the selected municipalities. **Conclusion:** there was a modulation between the external and political-organizational contexts for the partial implementation of the PNCD; the partial implementation of the programs alone was not able to explain the non-fulfillment of all the goals advocated by the PNCD in the frontier municipalities studied.

Key words: Dengue; Health Services; Border Areas; Evaluation Studies.

Introdução

Em 2002, diante da tendência de incremento da incidência e do elevado risco de aumento dos casos de febre hemorrágica da dengue, o Brasil lançou o Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD (BRASIL, 2002). O PNCD foi elaborado em 10 componentes e tem como metas: (1) redução dos índices de infestação predial a menos que 1%; (2) diminuição do número de casos da doença em 50%, em 2003, em relação a 2002 e de 25% nos anos subsequentes; e (3) redução da letalidade por febre hemorrágica de dengue a menos de 1%.

A gestão e a execução das ações do PNCD são realizadas pelas secretarias municipais de saúde (SMS). Considerando o Brasil um país continental, com inúmeras especificidades administrativas, políticas e geográficas, o programa requer para a efetividade na prevenção e controle da dengue a adequação das ações aos diferentes contextos loco-regionais, desde que estejam em sintonia com os objetivos e metas propostos (BRASIL, 2002).

Desde a implantação do PNCD várias ações têm sido desencadeadas. Apesar dos esforços e dos altos custos investidos, ainda ocorrem epidemias e óbitos pela doença. Nesses quase 16 anos de PNCD, o Brasil notificou aproximadamente 10,8 milhões de casos da doença, com 6.042 óbitos. Nas epidemias de 2015 e 2016 foram notificados 1,6 e 1,5 milhões de casos, respectivamente. A taxa média de letalidade nesses dois anos foi de 5,5% (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018). Nesse sentido, a avaliação do programa em diferentes contextos de implantação pode contribuir para o seu aperfeiçoamento.

As fronteiras brasileiras são cenários relevantes para o controle da dengue, pois a taxa de incidência da doença é 1,6 vezes maior do que a média nacional (CARVAJAL CORTÉS *et al.*, 2015) e o fluxo transfronteiriço de pessoas aumenta o potencial de epidemias (HU *et al.*, 2017). Além disso, a proximidade com o outro país exige diferentes estratégias de controle da doença comparadas aos demais territórios nacionais. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a influência das características contextuais de dois municípios fronteiriços do estado do Mato Grosso do Sul: Corumbá (fronteira Brasil/Bolívia) e Ponta Porã (fronteira

Brasil/Paraguai) nos graus de implantação do PNCD e a influência dos graus de implantação nos efeitos observados.

Metodologia

Realizou-se pesquisa avaliativa, viabilizada através de estudos de caso de dois municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul. Os critérios de seleção dos municípios casos foram: ter contato direto do seu território com o limite internacional e ser município prioritário para o PNCD em Mato Grosso do Sul. Com esses critérios foram identificados dois municípios: Corumbá e Ponta Porã.

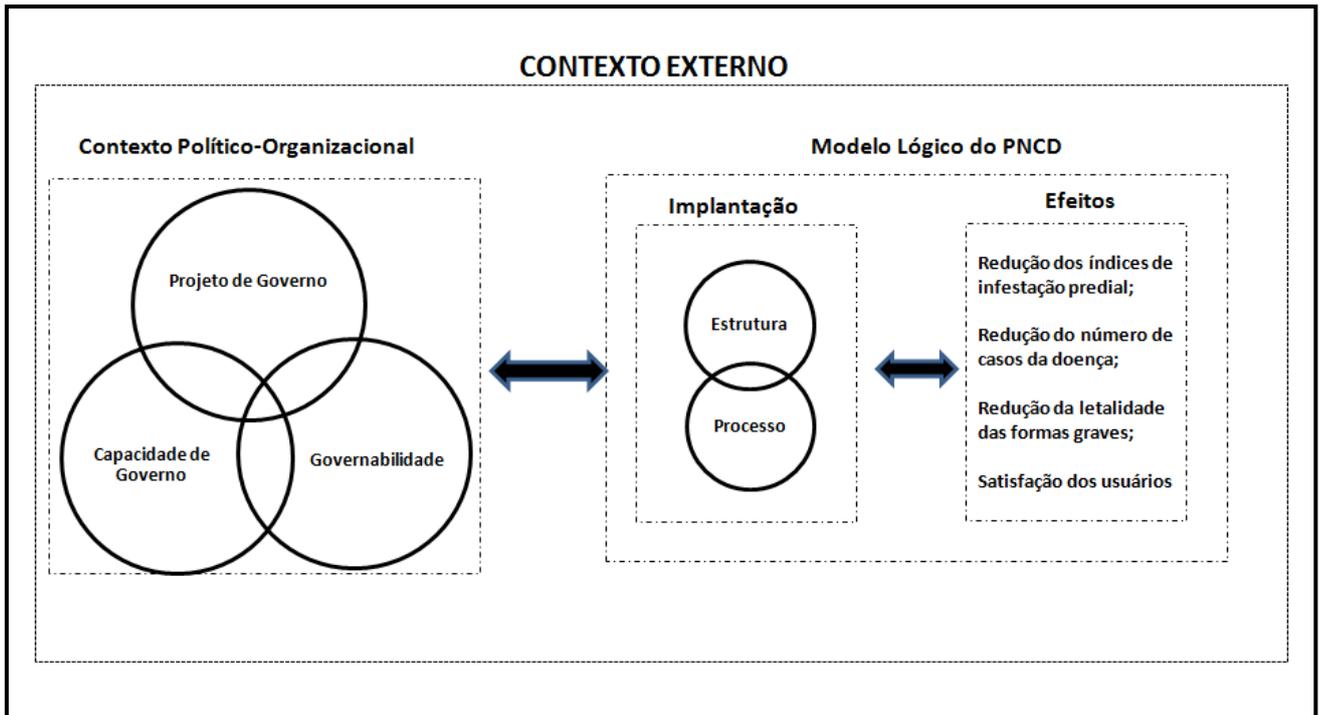
Corumbá é o maior município em área geográfica do Mato Grosso do Sul, com 64.962,720 km², localizado em sua porção ocidental, concentrando, regionalmente, a maior parte do Pantanal. A população estimada em 2016 foi de 109.294 habitantes (90% urbana) (IBGE, 2016). A cidade de Corumbá possui contato direto com o território boliviano (Arroyo Concepción, distrito de Puerto Quijarro, na província de Germán Busch, no departamento de Santa Cruz) através de um pequeno arroio onde foi construída uma ponte unindo as urbes fronteiriças. Empiricamente, são observados inúmeros fluxos diários de pessoas e mercadorias, frutos da construção histórica das relações entre esses povos e das necessidades de complementaridade socioeconômicas.

Ponta Porã é um município situado na porção sul do estado de Mato Grosso do Sul, com área de 5.328,621 km² e população estimada em 2016 de 88.164 habitantes (IBGE, 2016). A cidade de Ponta Porã é separada por uma rua (a Avenida Internacional) de Pedro Juan Caballero (distrito de mesmo nome, departamento de Amambay), no Paraguai. Assim, a passagem para um lado e outro do limite internacional é plenamente aberta, sem fiscalização. Ponta Porã e Pedro Juan Caballero construíram, historicamente, elementos culturais, comerciais, políticos e econômicos, com significativa influência na educação, saúde, lazer, transporte, turismo e segurança, e, da mesma forma que Corumbá e Puerto Quijarro, parcela significativa da população dessas cidades possuem dupla cidadania.

Este estudo é uma das etapas da pesquisa “Avaliação da Implantação do PNCD em Municípios Fronteiriços de Mato Grosso do Sul”. A primeira correspondeu a um estudo de avaliabilidade, definido como um conjunto de procedimentos que antecedem a realização da avaliação propriamente dita (LEVITON *et al.*, 2010). Este exercício permitiu a construção do modelo lógico do programa, do modelo teórico da avaliação e da elaboração e validação, através de técnica de consenso entre especialistas, da matriz de critérios para avaliar o

programa. Os resultados do estudo podem ser encontrados em artigo publicado por Costa e Cunha (2017). O modelo teórico da avaliação proposto está representado na Figura 1 e contemplou os contextos externo, político-organizacional, a implantação propriamente dita e os efeitos.

Figura 1 - Modelo teórico da avaliação da implantação do PNCD nos municípios fronteiriços.



Fonte: Adaptado de Hartz (1997).

A segunda etapa consistiu no cálculo do grau de implantação (GI). Foram avaliados a estrutura e o processo de trabalho dos 10 componentes do PNCD, como normatizado, por meio de questionários estruturados aplicados aos coordenadores da vigilância epidemiológica, do controle de vetores e da atenção primária à saúde, aos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e dos hospitais, aos técnicos da vigilância epidemiológica e aos agentes comunitários de saúde e de controle de endemias. Para quantificar a realização das atividades, foi empregado um sistema de escores. Foram constatados programas parcialmente implantados nos dois municípios, com GI de 63,1% e 66,4% para Corumbá e Ponta Porã, respectivamente (artigo 2).

Para esta etapa da pesquisa foram avaliados os contextos externo, político-organizacional e os efeitos do programa (Figura 1). Realizou-se uma pesquisa avaliativa do tipo Análise de Implantação em seu primeiro e segundo componentes, que correspondem, respectivamente, na tipologia proposta por Denis e Champagne (1997), à análise da influência

dos determinantes contextuais no grau de implantação do PNCD e à análise da influência da variação do grau de implantação do PNCD sobre os efeitos observados.

Para o contexto externo foram definidas a dimensão condições socioeconômicas e ambientais e as subdimensões condições climáticas, saneamento básico e indicadores demográficos e sociais como fatores condicionantes da suscetibilidade da população à dengue. Os dados foram provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Nacional de Meteorologia (INMET) e dos Planos Municipais de Saneamento Básico. Procurou-se reunir os dados mais recentemente disponíveis.

Para a avaliação do contexto político-organizacional foi utilizado como aporte teórico o Triângulo de Governo de Matus (1997), com suas respectivas dimensões e subdimensões: a) projeto de governo: planejamento e organização das ações de saúde, financiamento da saúde; iniciativas intersetoriais; b) capacidade de governo: perícia pessoal dos gestores, política de recursos humanos; e c) governabilidade: base de apoio política, relacionamento entre gestores, controle social, autonomia financeira e ações integradas com o país vizinho. Cada uma das subdimensões comportou, por sua vez, um conjunto de critérios que permitiram analisar o processo de gestão e a organização dos sistemas municipais de saúde investigados.

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas junto a uma amostra intencional de informantes considerados estratégicos para a implantação do PNCD: secretários de saúde, gerentes da vigilância em saúde, coordenadores da vigilância epidemiológica, do controle de vetores e da atenção primária à saúde e os presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde (total de seis entrevistas em Corumbá e cinco em Ponta Porã - o secretário de saúde reservou-se o direito de não participar). Também foram analisados e consultados os seguintes documentos e sistemas de informação: Planos Municipais de Saúde (PMS) de 2014-2017, Relatórios de Gestão (RG) de 2015 e 2016, organograma das SMS, atas de reuniões de 2016 do Conselho Municipal de Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Finalmente, o contexto dos efeitos considerou os resultados operacionais e a satisfação da população com as ações de combate à dengue. Foram analisados os resultados alcançados pelos municípios no período de 2002-2016 em relação às metas estabelecidas pelo PNCD de redução de incidência e letalidade. A análise dos dados referente à redução dos índices de infestação predial (IIP) limitou-se ao período de 2007 a 2016 (BRASIL, 2002). Em um dos municípios, em decorrência de mudanças nas versões dos sistemas municipais, esse dado só estava disponível a partir de 2007. Os dados secundários foram obtidos do SisPNCD (Sistema

do Programa Nacional de Controle da Dengue), do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e do SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

Para o cálculo da amostra da população a ser entrevistada levou-se em consideração a população urbana dos municípios selecionados, uma incidência de 50% de dengue, um erro amostral de 5% e um intervalo de confiança de 95%, resultando em amostra mínima de 383 pessoas em cada município. Para a seleção dos participantes foi adotada a divisão dos municípios em setores censitários utilizada pelo IBGE. Foram sorteados para a realização da pesquisa 38 setores censitários urbanos em Corumbá e 16 em Ponta Porã (uma amostra de 30% do total de setores censitários urbanos existentes em cada município). Cada setor censitário teve igual probabilidade de ser sorteado. Considerando que em cada domicílio reside pelo menos uma pessoa com idade maior ou igual a dezoito anos, dividiu-se o número de pessoas selecionadas pelo número de setores sorteados. Desta forma, em Corumbá, foram sorteados 10 domicílios em cada setor (383/38) e em Ponta Porã 24 (383/16). Em cada domicílio foi entrevistada apenas uma pessoa com idade maior ou igual a dezoito anos e que aceitou a participar do estudo.

Os dados quantitativos foram apresentados em números absolutos e percentagens. Análise de conteúdo foi utilizada para a análise dos dados qualitativos. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente. Foi feita uma leitura minuciosa e repetida do conteúdo das mesmas, assim como aqueles resultantes da análise documental, a fim de agrupá-los por categoria e indicadores. Foi utilizada a triangulação entre as falas dos entrevistados e as informações encontradas nos documentos. Os contextos externo e político-organizacional foram interpretados quanto à influência na implantação das ações de controle da dengue em: favorável, pouco favorável ou desfavorável.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética vinculado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o protocolo número 1.804.168, atendendo às Diretrizes e Normas de Pesquisa estabelecidas pela Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Contexto externo

Observa-se, em ambos os municípios, condições favoráveis para a manifestação da dengue que implicam em maior atenção no desenvolvimento do PNCD. Em sua totalidade, o estado de Mato Grosso do Sul encontra-se no contexto das macro-determinantes ambientais

(elementos do clima e do relevo) apontados pela OPAS (1997) como potenciais para a ocorrência da dengue. Corumbá, com temperaturas médias elevadas o ano todo, favorece a ocorrência da doença em qualquer mês. Essa condição só é amenizada pela irregularidade e escassez das chuvas na maior parte do ano. Em Ponta Porã, os meses mais frios (junho e julho) são os únicos cujas médias térmicas seriam capazes de inibir a dengue, cuja incidência é própria das regiões tropicais e subtropicais, especialmente as localizadas entre as latitudes 45° N e 35° S, podendo exceder esses limites em situação da isoterma de 20°C (CONSOLI; OLIVEIRA, 1994). As localidades que apresentam temperaturas maiores que 40°C e menores que 10°C produzem condições adversas para a reprodução e a evolução do *Aedes aegypti* (AQUINO JUNIOR, 2014).

Quanto ao saneamento básico, em 2010, os dados do IBGE apontavam que Corumbá possuía 19,3% de esgotamento sanitário adequado e 1,96% dos domicílios ligados à rede pública de esgoto. Em Ponta Porã esses indicadores correspondiam, respectivamente, a 22,4% e 6,80%. Em 2016, os domicílios com sistema de coleta de lixo pelo serviço público, correspondeu a 84,34% das residências de Corumbá e 73% de Ponta Porã.

Em 2016, os domicílios com rede geral de abastecimento de água totalizavam 88,86% em Corumbá e 98,70% em Ponta Porã. Na primeira, a principal dificuldade reside em bombear a água do rio Paraguai até a parte alta da cidade. A irregularidade desse serviço implica em sistemas precários de armazenamento de água por parte dessa população que, associados à falta de maiores cuidados favorecem a proliferação da dengue. Em suma, as condições sanitárias das cidades estudadas favorecem a manifestação de dengue.

Em relação aos indicadores demográficos, de acordo com o Censo de 2010, Corumbá apresentou uma densidade populacional de 0,59 hab./km² e Ponta Porã, 16,55 hab./km². As cidades sedes desses municípios, localidades deste estudo, apresentam densidades bastante superiores: 4.346,6 e 4.530,4 hab./km², respectivamente. Vários estudos apontam a elevada densidade populacional como um dos fatores mais importantes para a proliferação da dengue (HONORATO *et al.*, 2014; CATÃO, 2016). As relações de fronteira e seus elementos culturais traduzem as cidades de Corumbá e de Ponta Porã em potenciais para o turismo de compra nas cidades vizinhas bolivianas e paraguaia, respectivamente. Além disso, formam com as cidades lindeiras aglomerações urbanas de 150 a 200 mil pessoas, marcadas por intensas mobilidades humanas cotidianas (PEITER, 2005), ampliando as possibilidades de transmissão da doença.

A concentração de riqueza avaliada pelo coeficiente de Gini em 2010 se apresentou melhor em Corumbá (0,5589 contra 0,6041). Outros indicadores são melhores em Ponta Porã,

como o Índice de Desenvolvimento Humano em 2010 (de 0,701 contra 0,700) e a renda per capita em 2010 (R\$ 653,36 contra R\$ 627,00 de Corumbá).

Ainda que considerado alto, o IDH desses municípios é inferior à média estadual (0,729) e nacional (0,724 em 2010 e 0,754 em 2016, conforme o PNUD, 2017). À exceção de Foz do Iguaçu (cujo IDH em 2010 foi de 0,751, contra média de 0,749 do Paraná) essa realidade se repete nas outras 29 cidades gêmeas da fronteira brasileira (PNUD, 2017). Os demais indicadores sociais vão na mesma direção. A renda *per capita* do estado de Mato Grosso do Sul em 2010 foi de 799,34 reais e a do Brasil 668,00 reais. O coeficiente de Gini, no mesmo ano, registrou 0,5650 para o Estado e 0,5150 para o país. A fronteira possui os municípios que estão entre os de piores indicadores sociais do Brasil, explicado, em parte, pelo baixo alcance das políticas públicas (BRASIL, 2005). Estudos apontam que esse contexto corrobora para a manifestação de doenças diversas (PEITER, 2005; BRASIL, 2003), inclusive a dengue.

É importante dizer que essas descrições das condições socioeconômicas e ambientais, por si só, não são determinantes para a ocorrência da dengue. É preciso que haja uma associação entre essas condições e a ecologia do vetor e de seu hospedeiro (CATÃO, 2016; FARIAS; SOUZA, 2016). O local deve reunir, a partir das múltiplas relações entre os macro e micro determinantes (OPAS, 1997), um arranjo próprio para ocorrência e disseminação da doença.

Pela intensidade e multiplicidade de interações socioeconômicas, as fronteiras são áreas bastante vulneráveis à transmissão e de mais difícil controle das doenças (PEITER, 2005). Carvajal Cortés et al (2015), ao analisarem os determinantes sociais da distribuição espacial da dengue nas fronteiras brasileiras, perceberam uma forte correlação da manifestação da doença, nas cidades gêmeas, com a desigualdade da renda, vulnerabilidade social, a mobilidade e o acesso aos serviços de educação e saneamento.

Em suma, o contexto externo mostra-se bastante desfavorável para implantação do PNCD nos municípios de Corumbá e Ponta Porã (Figura 2).

Figura 2 - Contexto externo de Corumbá e Ponta Porã/MS, 2016

Dimensão	Subdimensões	Critérios	Corumbá	Ponta Porã
Condições socioeconômicas e ambientais	Condições Climáticas	Temperatura	Desfavorável	Desfavorável
		Amplitude Térmica	Desfavorável	Desfavorável
		Pluviosidade	Desfavorável	Desfavorável
	Saneamento básico	Domicílios com rede geral de abastecimento de água	Desfavorável	Favorável
		Domicílios com sistema de coleta de lixo pelo serviço público	Pouco Favorável	Desfavorável
		Domicílios ligados à rede pública de esgoto	Desfavorável	Desfavorável
	Indicadores demográficos e sociais	Densidade populacional	Desfavorável	Desfavorável
		Coefficiente de Gini	Desfavorável	Desfavorável
		Índice de Desenvolvimento Humano	Favorável	Favorável
		Renda per capita	Desfavorável	Desfavorável

Contexto político-organizacional

Projeto de governo

Para a avaliação do planejamento das ações de saúde, mais especificamente das ações de combate à dengue, foi analisado o PMS do período de 2014 a 2017 e o RG dos anos de 2015 e 2016 dos municípios selecionados. O planejamento é um cálculo que precede e preside a ação e pode contribuir para ampliar a capacidade de governo e aumentar a governabilidade do gestor municipal (MATUS, 1997) e os documentos de gestão (PMS e RG) são instrumentos importantes para o exercício de uma adequada gerência do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com os entrevistados dos dois municípios selecionados, os PMS foram elaborados com a participação de diversos setores das SMS, incluindo a atenção básica, a vigilância epidemiológica e o controle de vetores. Tais planos continham as propostas discutidas e aprovadas nas Conferências Municipais de Saúde realizadas em 2011 e apresentavam uma análise crítica da situação epidemiológica dos municípios, mencionando a dengue como um dos principais problemas de saúde. Além disso, foram estabelecidos objetivos e metas, tanto para ações de promoção e prevenção quanto para vigilância desse agravo, cujos resultados alcançados foram descritos nos RG.

Supõe-se que, se uma proposta de ação constar nos PMS, é mais provável sua viabilização, por meio da mobilização de recursos humanos e financeiros (FERREIRA; VERAS; SILVA, 2009). Apesar destes avanços, na visão de muitos dos entrevistados, a dengue é tratada como prioridade apenas quando se torna a "bola da vez", ou seja, nos casos

de epidemias. Há um entendimento de que a doença é prioridade para o setor de vigilância em saúde que atua em seu controle mesmo nos períodos de menor incidência. Para as SMS é um agravo importante que somente se transforma em prioridade sazonalmente. Ainda faltam investimentos, recursos específicos para controle da dengue de forma continuada.

No que se refere ao desenho organizativo, em Ponta Porã o PNCD era coordenado pelo responsável técnico pelo controle de vetores. Conforme o organograma oficial, essa coordenação funcionava como um dos setores estratégicos da SMS, subordinado diretamente à Gerência de Vigilância em Saúde. Em Corumbá, os entrevistados relataram semelhante organização, porém o organograma oficial encontrava-se desatualizado. Não houve publicação no Diário Oficial constituindo o setor de controle de vetores e, oficialmente, o PNCD ainda estava vinculado ao Centro de Controle de Zoonoses. Os entrevistados não relataram obstáculos para o bom funcionamento do setor. Porém, de acordo com Rivera (1996), a indefinição da missão organizacional, implica a impossibilidade de definir as competências internas, o que pode se traduzir em ingovernabilidade.

Na análise do financiamento da saúde, foi avaliado o cumprimento do estabelecido na Emenda Constitucional 29, promulgada em 2000, que determina que os municípios devem aplicar no mínimo 15% de suas receitas próprias em saúde e, o gasto público per capita, obtido pela razão entre o gasto total em saúde, sob responsabilidade do município, por habitante, em 2016.

Tomando como base os dados do SIOPS, observou-se que os municípios cumpriram o estabelecido na EC 29. A participação nos gastos com ações e serviços de saúde representaram 18,65% e 15,26% das receitas próprias de Corumbá e Ponta Porã, respectivamente. Ressalta-se a tendência, no cenário nacional, de participação cada vez maior dos municípios no financiamento do SUS e no cumprimento da EC 29. Segundo Piola, França e Nunes (2016), em 2000, os municípios gastaram 13,7% das receitas próprias com saúde. Em 2009 eles chegaram a 21,8%, bem acima, portanto, do estabelecido na emenda.

Quanto ao gasto per capita anual com o SUS, Corumbá e Ponta Porã gastaram, respectivamente, R\$ 1.022,26 e R\$ 489,81 por habitante no ano de 2016. Maior gasto per capita com saúde já era esperado em Corumbá. A suposição é de que municípios maiores, com instalação de redes de serviços mais especializados e complexos, apresentam-se como principais receptores de transferências intergovernamentais do SUS e, conseqüentemente, tenderão a gastar mais em termos per capita com saúde (ARAÚJO *et al.*, 2017).

O que chama a atenção é que ao comparar o gasto médio per capita com o SUS do total de municípios do estado de MS, em 2016, (R\$ 877,58) com o dos municípios

pesquisados, nota-se que o valor de Ponta Porã foi 44,1% inferior à média estadual/anual, o qual se coloca como um dos mais baixos entre os demais municípios do estado. Esta realidade aponta para as desigualdades com os gastos em saúde pública, também observada em outros estudos (ARAÚJO *et al.*, 2017; SANTOS NETO *et al.*, 2017). Os orçamentos municipais e o volume das transferências de recursos da União revelaram-se determinantes fortemente associados com essas desigualdades no estudo de Santos Neto *et al.*, (2017).

Neste lado do triângulo, as iniciativas intersetoriais se mostraram uma tarefa difícil de apreender, uma vez que nos documentos oficiais eram trabalhadas como um tema geral. Expressões como "fortalecer as parcerias intersetoriais" e "realizar parcerias governamentais e não governamentais" estavam presentes nos PMS dos dois municípios, relacionadas às ações educativas, às ações de controle de endemias e realizações de mutirões de limpeza; porém seus resultados não foram explicitados nos RG. Também observou-se inexistência de projetos ou acordos de cooperação entre as SMS e outros órgãos governamentais e não governamentais.

Da mesma forma, quando entrevistados sobre o tema, os gestores dos dois municípios confirmaram a existência de algumas iniciativas, em prol da criação de parcerias intersetoriais, destinadas ao combate à dengue. Entretanto, eram emergenciais - próprias dos períodos de aumento de casos da doença - e desprovidas de um planejamento sistemático. Donateli *et al.*, (2017) relataram características semelhantes na execução de ações integradas mesmo dentro do setor saúde, no caso, dentro da Vigilância em Saúde.

Considerando os resultados encontrados, conclui-se que as iniciativas intersetoriais são incipientes. A limitada compreensão conceitual sobre a intersetorialidade, a dificuldade dos profissionais de olharem para além do seu objeto específico e a dificuldade de financiamento desse tipo de estratégia, limitando o interesse dos gestores em viabilizar ações nesse âmbito, tem sido apontados como fatores que podem restringir as ações intersetoriais (FERNÁNDEZ; NÚÑEZ; CIFUENTES, 2010; LIMA; VILASBOAS, 2011).

O projeto de governo se apresentou pouco favorável à implantação do PNCD em Corumbá e Ponta Porã (Figura 3).

Figura 3 - Contexto político-organizacional de Corumbá e Ponta Porã, 2016

Dimensões	Subdimensões	Crítérios	Corumbá	Ponta Porã
Projeto de governo	Planejamento e organização das ações de saúde	Saúde como prioridade no projeto de governo	Favorável	Favorável
		Dengue como prioridade no projeto de governo	Pouco favorável	Pouco favorável
		PMS elaborado coletivamente, tendo como base o perfil epidemiológico e demográfico do município	Favorável	Favorável
		Plano municipal de controle da dengue (PMCD) elaborado	Favorável	Favorável
		Coordenador do PMCD designado	Favorável	Favorável
		Organograma compatível com as funções institucionais	Desfavorável	Favorável
	Financiamento da saúde	Cumprimento do estabelecido na Emenda Constitucional 29	Favorável	Favorável
		Gastos <i>per capita</i> com saúde	Favorável	Desfavorável
	Iniciativas intersetoriais	Planejamento integrado das ações com outras secretarias	Pouco favorável	Pouco favorável
		Existência de, pelo menos, um projeto intersetorial implantado	Desfavorável	Desfavorável
Capacidade de governo	Perícia pessoal dos gestores	Tempo de atuação	Favorável	Desfavorável
		Experiência acumulada em gestão ou coordenação de programas de saúde	Favorável	Desfavorável
		Formação na área de saúde pública	Favorável	Pouco favorável
	Política de recursos humanos	Existência de plano de cargos e salários	Favorável	Desfavorável
		Servidores contratados através de concurso público	Pouco favorável	Desfavorável
Governabilidade	Base de apoio política	Apoio legislativo, da sociedade civil organizada, Conselho Municipal, da mídia, dos profissionais da saúde e das Forças Armadas ao projeto de governo da SMS	Favorável	Favorável
	Relacionamento entre gestores	Boa relação do secretário de saúde com os demais secretários do município	Favorável	Favorável
		Boa relação do secretário de saúde com sua equipe de dirigentes	Favorável	Favorável
	Controle Social	Existência de comitês de saúde locais, ouvidoria da saúde e outros mecanismos de controle social	Favorável	Favorável
	Autonomia financeira da SMS	Secretário gestor do Fundo Municipal de Saúde	Favorável	Favorável
		Representante da SMS na comissão de processos licitatórios	Desfavorável	Desfavorável
Ações integradas com o município do país vizinho	Comitê Binacional de Saúde ativo	Desfavorável	Favorável	

Capacidade de governo

Essa dimensão foi estudada através das subdimensões "perícia pessoal dos gestores" e "política de recursos humanos".

Quanto à caracterização profissional dos dirigentes de Corumbá pode-se inferir, a partir das entrevistas, que o grupo tinha qualificação diversa: advogada, médica veterinária, enfermeira, bióloga e odontóloga, das quais todas tem especialização em saúde pública e

experiência acumulada em gestão em saúde. Com exceção da Secretária Municipal de Saúde, que havia assumido o cargo há apenas seis meses, não se observou rotatividade entre o restante da equipe. Três dos cinco gestores entrevistados já exerciam suas atividades na gestão anterior.

Em relação à Ponta Porã, observou-se carência de aperfeiçoamento profissional, já que a maioria dos entrevistados não tinha especialização em saúde pública ou áreas afins. O grupo era formado por odontólogo, médica veterinária, enfermeira e dois profissionais de nível médio (agente de controle de endemias e técnica em enfermagem). Pode-se perceber também que a maior parte dos dirigentes não tinha experiência acumulada em gestão em saúde e que a rotatividade esteve presente entre quatro dos cinco gestores estudados, inclusive o município teve três Secretários de Saúde no período de 2013 a 2016. Tal rotatividade, aliada à falta de formação prévia e experiência dos gestores em questão, interfere negativamente na capacidade de governo da gestão, uma vez que faz com que o sistema retorne sempre ao ponto de partida.

No que se refere à política de recursos humanos, Corumbá possuía um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) geral para todos os servidores e outro específico para os profissionais da saúde, criado em 2005. Em relação ao quadro de profissionais de saúde, bem como seus vínculos empregatícios, o município tinha 929 profissionais; desses, 13 (1,4%) tinham contratos regidos pela CLT, 702 (75,6%) vínculo estatutário, 213 (22,9%) eram regidos por contratos por prazo determinado e um cargo comissionado (0,1%).

Ponta Porã não possuía PCCS implantado. Havia apenas uma comissão de elaboração do plano instituída. Os profissionais de saúde totalizaram 782. Desse total, 10 (1,3%) tinham seu contrato regido pela CLT, 300 (38,4%) vínculo estatutário, 471 (60,2%) enfrentavam vinculação precária, com contratos temporários e um emprego público (0,1%).

Apesar de contar com 22,9% de profissionais com vinculação precária em seu quadro, Corumbá ainda se destaca positivamente em relação aos achados na literatura. Por outro lado, Ponta Porã apresenta uma realidade bastante similar à maioria dos municípios brasileiros. Scalco, Lacerda e Calvo (2010), ao avaliarem a gestão em recursos humanos na saúde de 15 municípios da Grande Florianópolis/SC, em 2006, identificaram que apenas 40% dos municípios estudados possuíam PCCS implantado. O mesmo estudo detectou uma parcela reduzida de gestores que contavam com mais de 50% de seus trabalhadores com vínculo estatutário em seus quadros. Em 2012, pesquisa realizada em 519 SMS, constatou que 29,1% delas não possuíam nenhum PCCS instituído; 36,6% tinham plano geral para todos os trabalhadores e apenas 28,7% tinham PCCS específico para o setor saúde (OBSERVARH-

IMS/UERJ, 2014). Já Vieira, Garnelo e Hortale (2010), em pesquisa realizada em cinco municípios da Amazônia Ocidental com o objetivo de analisar o processo de gestão da atenção básica, encontraram precarização em 50,79% dos contratos de trabalho.

A falta de definição de carreiras próprias, com critérios de mobilidade, ascensão e desenvolvimento bem definidos e a precarização das relações contratuais gera dificuldade de fixação dos trabalhadores nos municípios (SANCHO *et al.*, 2011). A instabilidade dos profissionais de saúde compromete a qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, a sustentabilidade dos programas de saúde em nível local.

Observa-se, assim, que a capacidade de governo (Figura 3) apresentou-se favorável à implantação do programa em Corumbá e desfavorável em Ponta Porã.

Governabilidade

O apoio político ao projeto de governo foi valorizado nos dois contextos municipais. Os entrevistados identificaram os parlamentares locais, a imprensa local, os profissionais de saúde, o Ministério Público, as Forças Armadas, as igrejas, associações de moradores, os conselhos de saúde como base de apoio ao projeto de governo.

O controle social e o relacionamento entre gestores foram outros elementos da governabilidade favoráveis à implantação do programa. Em relação aos mecanismos de participação social, nos PMS e entrevistas, os dois municípios registraram a existência da ouvidoria de saúde, da mesa de negociação do SUS e de conselhos locais de saúde. Além desses mecanismos, Corumbá contava também com uma experiência inovadora, o "fala Corumbá" - uma ferramenta que, através de um aplicativo de celular, permitia um contato mais direto da população com o governo.

Barbosa, Tardivo e Barbosa (2016) veem no controle social a possibilidade de incremento na governabilidade do Estado, na medida em que observa, media e avalia continuamente as ações e serviços de saúde. São ferramentas estratégicas para fortalecimento do SUS e defesa ao direito à saúde.

No que diz respeito à autonomia financeira, os entrevistados informaram serem os secretários de saúde os gestores do Fundo Municipal de Saúde e com poder de decisão sobre a destinação do orçamento da saúde e a definição de prioridades. No entanto, o estudo constatou que fugia da governabilidade das SMS os processos de compras e licitações, que estavam centralizados nas prefeituras municipais com a justificativa de racionalização dos recursos.

Parecia ocorrer ineficiência nessa condução compartilhada dos processos de compras e licitações de bens e serviços, considerando que os entrevistados referiram que um dos problemas frequentes enfrentado pelos municípios era a demora na aquisição de insumos, equipamentos e contratação de pessoal, principalmente nos casos de enfrentamento de epidemias. Em Pernambuco, a dependência de outros setores para a realização desses processos administrativos limitou a autonomia gerencial da vigilância em saúde, influenciando a agilidade de implantação da vigilância da síndrome gripal (VASCONCELOS; FRIAS, 2017).

A governabilidade pode ser entendida como a capacidade ou condição do governo dirigir processos e o atendimento das demandas sociais através ou na condução de políticas públicas (DUTRA, 2016). Pode-se considerar, ainda, que o termo se refere à capacidade do governo local “de converter o potencial político de um dado conjunto de instituições e práticas políticas em capacidade de definir, implementar e sustentar políticas” (TAPIA, 2006, p. 15).

Partindo deste entendimento, em municípios de fronteira, a sustentabilidade do controle da dengue só é possível mediante a cooperação entre eles (PEITER, 2005). O Comitê Binacional de Saúde é um instrumento supranacional que viabiliza ações conjuntas dos países envolvidos para o enfrentamento dos problemas locais, melhorando a governabilidade destas cidades.

De acordo com os entrevistados e os documentos analisados, a presença ativa do Comitê Binacional é responsável pela articulação de ações conjuntas entre os dois municípios da fronteira Brasil-Paraguai. Na contramão disso, Corumbá não consegue articular ações conjuntas com Puerto Quijarro pela inatividade do Comitê Binacional de Saúde Brasil-Bolívia, desde 2011.

Fatores como mudanças na política nacional e interesse do gestor em exercício foram apontados pelos entrevistados como responsáveis pela inativação do Comitê. Como observa Nascimento (2016), esses fatores são grandes desafios para o fortalecimento das práticas de cooperação entre os países da América do Sul. As alternâncias de governo podem ou não priorizar os assuntos internacionais na sua agenda.

Segundo Hartz (1997), o estudo do contexto visa identificar os fatores que podem facilitar ou dificultar a implantação de uma intervenção. A implantação parcial do PNCD nos dois municípios resultou do arranjo entre as estratégias facilitadoras e dificultadoras. O contexto externo foi desfavorável à implantação em ambos os municípios. A capacidade de governo mostrou-se desfavorável em Ponta Porã e favorável em Corumbá. O projeto de

governo e a governabilidade foi, respectivamente, pouco favorável e favorável à implantação nos dois municípios (Figura 3). Em outras palavras, é a expressão de uma política pública a partir das interações dos elementos do contexto externo entre si mesmos e de seus relacionamentos com os produtos das interações dos elementos do contexto político-organizacional. Cabe esclarecer que cada elemento de cada contexto tem um peso diferente nesse conjunto e que pode mudar de posição face ao tempo sociopolítico, técnico e informacional interno e externo. Suas influências são, portanto, resultante de um jogo de forças, próprio de um certo tempo-espaço.

Efeitos

De 2002 a 2006 os municípios estudados registraram números baixos de casos de dengue, inclusive nos anos de 2004 e 2005 não foram notificados casos da doença em Corumbá. De 2007 a 2016 ocorreu aumento da incidência da dengue, mas não de forma gradativa. Com exceção de 2008, onde Corumbá registrou uma incidência de 55,4 casos por 100.000/habitantes, os anos se intercalaram entre incidências médias e altas (acima de 100 e 300 casos por 100.000/habitantes, respectivamente) (Tabela 1).

Tabela 1 - Casos notificados, taxas de incidência e taxas de letalidade por dengue. Corumbá, Ponta Porã/MS, 2001-2016

Ano	Casos notificados		Taxa de incidência ¹		Taxa de letalidade ²	
	Corumbá	Ponta Porã	Corumbá	Ponta Porã	Corumbá	Ponta Porã
2002	99	102	101,82	161,84	0,00	0,00
2003	3	20	3,06	31,24	0,00	0,00
2004	0	1	0,00	1,51	0,00	0,00
2005	0	13	0,00	19,34	0,00	0,00
2006	16	25	15,83	36,59	0,00	0,00
2007	223	2.024	231,39	2.803,05	0,00	0,00
2008	55	120	55,45	160,85	0,00	0,00
2009	5.744	144	5.774,32	189,61	0,00	0,00
2010	1.143	663	1.102,19	851,39	0,00	100,00
2011	131	141	125,58	178,08	0,00	0,00
2012	1.037	142	988,45	176,54	0,00	0,00
2013	2.148	866	2.000,98	1.034,00	100,00	0,00
2014	920	191	857,00	228,10	25,00	0,00
2015	786	761	732,20	908,70	50,00	50,00
2016	787	2.850	733,10	3.403,10	0,00	80,00

Fonte: SINAN/SMS/Corumbá/Ponta Porã.

¹Taxa de incidência por 100 mil habitantes.

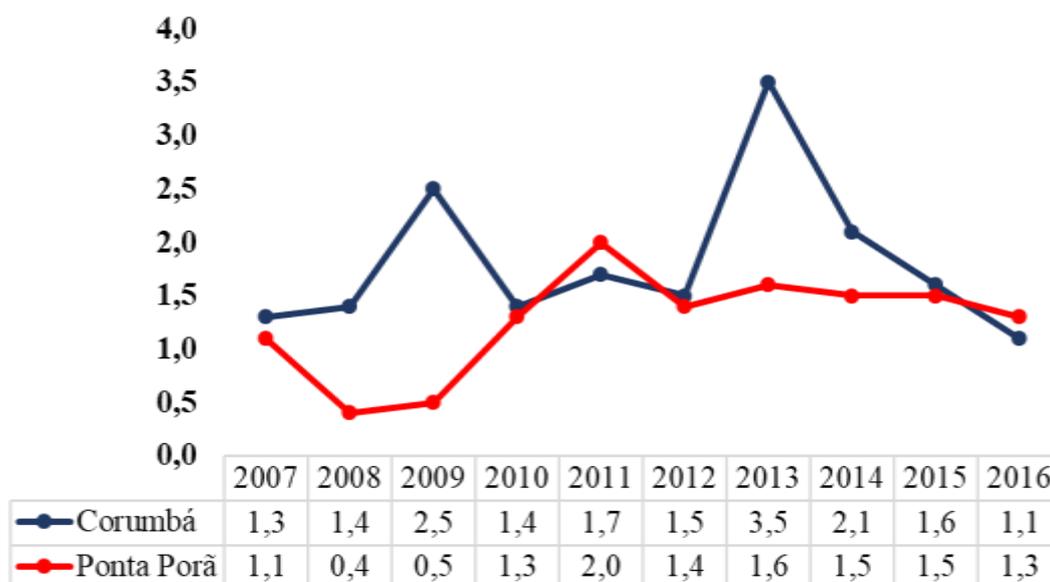
²Taxa de letalidade: número de óbitos por dengue x 100/casos de dengue graves

No período analisado, Corumbá registrou um óbito por ano entre 2013 e 2015. Ponta Porã, no mesmo período, registrou um óbito em 2010, outro em 2015 e oito em 2016 (dados

não apresentados em tabelas). As taxas de letalidade em Corumbá variaram de 25,00% a 100,00% e em Ponta Porã de 50,00% a 100,00% (Tabela 3), ficando muito acima da meta proposta pelo PNCD ($< 1,0\%$) (BRASIL, 2002). Observou-se que, nos anos em que os municípios registraram óbitos por dengue, a totalidade ou a maioria dos casos graves notificados tiveram um desfecho negativo. É importante ressaltar que as mortes por dengue são quase totalmente evitáveis. Para isso são necessárias uma rede de serviços de saúde cuidadosamente organizada e eficiência na assistência oferecida (CUNHA; MARTINEZ, 2015).

O IIP em Corumbá, em todo período analisado, oscilou acima de 1,0%, não atingindo a meta preconizada pelo PNCD ($< 1,0\%$) (BRASIL, 2002). Em Ponta Porã, somente em dois anos, 2008 e 2009, o índice manteve-se abaixo de 1,0% (Figura 4).

Figura 4. Índice de infestação predial. Corumbá, Ponta Porã/MS, 2007 a 2016.



Fonte: SMS/Corumbá/Ponta Porã.

Outra medida dos efeitos utilizada foi a satisfação da população com as ações desenvolvidas pelos municípios para combater a dengue. A maior parte dos entrevistados dos dois municípios mostrou-se satisfeita com as ações desenvolvidas. Dentro das percepções positivas a população destacou: realização de ações educativas, trabalho do agente comunitário de saúde e endemias, coleta de lixo nos dias programados e realização de mutirões de limpeza. Porém, houve queixas da população com relação a limpeza dos terrenos

baldios e a intensidade, regularidade e continuidade do trabalho desenvolvido. A limpeza dos imóveis públicos foi criticada pela população de Ponta Porã.

Da análise dos efeitos é possível inferir que os municípios fronteiriços estudados não cumpriram as metas estabelecidas pelo PNCD. Um quadro mais crítico foi observado em Ponta Porã devido ao número de mortes registrado, principalmente no ano de 2016. O modelo teórico utilizado (Figura 1) presume que diversos elementos interagem na produção desses efeitos. De fato, somente a implantação parcial dos programas não é capaz de explicar os resultados desfavoráveis encontrados. Um estudo mostrou que a adoção de todas as medidas recomendadas pelo PNCD não foi suficiente para conter a disseminação do vírus tipo 4, detectado na cidade de Boa Vista, em Roraima, em 2010. Os autores apontam para a necessidade de mudanças no programa (FREITAS; VALLE, 2014).

O contexto externo, característico dos municípios brasileiros de fronteira, e um projeto de governo deficitário podem também ter contribuído com os resultados encontrados no município de Corumbá. Da mesma forma, o contexto externo, um projeto de governo deficitário e uma capacidade de governo desfavorável podem também ter influenciado nos resultados mais críticos observados em Ponta Porã.

Considerações finais

Com o desenvolvimento deste estudo, foi possível relacionar o contexto externo e político-organizacional, por meio das categorias do Triângulo de Governo de Matus, de dois municípios fronteiriços de Mato Grosso do Sul, com o grau de implantação do PNCD e a influência do grau de implantação nos efeitos observados.

É possível afirmar que houve uma modulação entre estratégias facilitadoras e dificultadoras para a implantação parcial do PNCD nos municípios estudados. O contexto externo à saúde foi o mais desfavorável, com indicadores sociais abaixo da média estadual e nacional e saneamento básico incipiente. Ademais, o fluxo transfronteiriço e as características climáticas favorecem a ocorrência de dengue.

Embora se tenham identificado algumas condições desfavoráveis, o contexto político-organizacional demonstrou conter elementos fortes o suficiente para implantar parcialmente as ações de controle da dengue nesses municípios, o que ratifica o protagonismo do governo local para a implementação de políticas com formulação e incentivo do nível federal, como o PNCD.

A implantação parcial dos programas, por si só, não foi capaz de explicar o não cumprimento de todas as metas preconizadas pelo PNCD, o que nos remete a complexidade do controle da dengue, tendo em vista os diversos fatores externos ao setor saúde, que em municípios fronteiriços são ampliados pelos fluxos fronteiriços e a necessidade de parcerias com os municípios do outro lado da fronteira. A capacidade de governo parece ter sido a categoria mais relevante na explicação do número de mortes registrado em Ponta Porã.

Com base nos resultados deste estudo algumas recomendações podem ser cogitadas para o aperfeiçoamento do PNCD nos municípios estudados: investimentos em saneamento básico; sensibilização e mobilização do setor político a fim de obter prioridade e garantir apoio financeiro para desenvolvimento de projetos intra e intersetoriais de combate à dengue; busca de apoio estratégico para a permanência ativa do Comitê Binacional de Saúde; investimento em capacitações técnicas dos profissionais, principalmente no manejo clínico da doença e para assumir cargos de gestão e, realização de concursos públicos, ampliando a possibilidade de fixação de recursos humanos e a qualidade dos serviços prestados.

Não significa que a adoção dessas medidas irá evitar casos de dengue nesses municípios, pois as fronteiras são abertas e, portanto, permeáveis a entrada do vírus, por meio de infectados. Mas, é possível evitar as mortes e reduzir as dimensões das epidemias.

Ainda que os dados obtidos – cujo caráter é prioritariamente local – não autorizem extrapolação das conclusões para outras realidades fronteiriças, devido a heterogeneidade dessas regiões, entende-se que os achados em Corumbá e Ponta Porã possam contribuir para uma reflexão sobre as dificuldades na operacionalização das ações de controle da dengue em outros municípios brasileiros de fronteira.

Referências

AQUINO JUNIOR, J. **A dengue em área de fronteira internacional: riscos e vulnerabilidades na tríplice fronteira de Foz do Iguaçu**. 2014. 201 f. Tese (doutorado em Geografia) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

ARAÚJO, V. E. M. et al. Aumento da carga de dengue no Brasil e unidades federadas, 2000 e 2015: análise do Global Burden of Disease Study 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20. Supl 01, p. 205-216, 2017.

BARBOSA, A. P.; TARDIVO, C. R.; BARBOSA, E. Mecanismos de controle da gestão do SUS à luz da Lei Complementar nº 141, de 2012. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 8, n. 1, p. 66-74, 2016

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Funasa. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 49, n. 2, 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 11 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação Epidemiológica/Dados. **Casos de Dengue: Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas, 1990 a 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-dengue>>. Acesso em: 11 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A AIDS nas fronteiras do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CARVAJAL CORTÉS, J. J. et al. Determinantes sociais da distribuição espacial dos casos de dengue na faixa fronteiriça do Brasil. **Espaço & Geografia**, v. 18, n. 3, p. 611-638, 2015.

CATÃO, R. C. **Expansão e consolidação do complexo patogênico do dengue no estado de São Paulo: difusão espacial e barreiras geográficas**. 2016. 274 f. Tese (doutorado em Geografia) – Unesp, Presidente Prudente, 2016.

CONSOLI, R. A. G. B.; OLIVEIRA, R. L. **Principais mosquitos de importância sanitária no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

COSTA, E. M. S.; CUNHA, R. V. Estratégia metodológica de construção de indicadores para avaliação do Programa Nacional de Controle da Dengue em municípios fronteiriços. **Revista GeoPantanal**, v. 12, n. 22, p. 203-221, 2017.

CUNHA, R. V.; MARTINEZ, E. Manejo clínico do paciente com dengue. In: VALLE, D.; PIMENTA, D. N.; CUNHA, R. V. (Org.). **Dengue: teorias e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 221-245.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.49-88.

DONATELI, C. P. et al. Avaliação da vigilância em saúde na zona da mata mineira, Brasil: das normas à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3439-3455, out. 2017.

DUTRA, R. Governabilidade, governança e poder informal. Um problema central de sociologia política. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 16, n. 1, p. 153-171, 2016.

FARIAS, C. S.; SOUZA, J. S. Os determinantes do dengue no contexto amazônico: uma visão geográfica do ambiente da doença no Acre. **Hygeia**, v. 12, n. 22, p. 110-122, 2016.

FERNÁNDEZ, M. I. G.; NÚÑEZ, E. O.; CIFUENTES, E. Análise política do programa de controle da dengue em Morelos, México. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1079-1086, 2010.

FERREIRA, I. T. R. N.; VERAS, M. A. S. M.; SILVA, R. A. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2683-2694, dez. 2009.

FREITAS, R. M.; VALLE, D. Challenges encountered using standard vector control measures for dengue in Boa Vista, Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 92, n. 9, p. 685-689, 2014.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HONORATO, T. et al. Análise espacial do risco de dengue no Espírito Santo, Brasil, 2010: uso de modelagem completamente bayesiana. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, suppl.2, p. 150-159, 2014.

HU, T-S. et al. Epidemiological and molecular characteristics of emergent dengue virus in Yunnan Province near the China-Myanmar-Laos border, 2013-2015. **BMC Infectious Diseases**, v. 17, n. 331, p. 1-12, 2017.

IBGE. **Estimativas da população residente nos municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2016**: notas metodológicas. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016.

LEVITON, L. C. et al. Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. **Annual Review Of Public Health**, Palo Alto, v. 31, n. 1, p.213-233, 2010.

LIMA, E. C.; VILASBOAS, A. L. Q. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1507-1519, ago. 2011.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 3. ed. Brasília: IPEA, 1997.

NASCIMENTO, R. F. **O Projeto Mato Grosso do Sul Sem Fronteiras e a paradiplomacia transfronteiriça entre Brasil, Bolívia e Paraguai**. 2016. 80 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços) - Câmpus do Pantanal, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Corumbá, MS, 2016.

OBSERVARH-IMS/UERJ. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Avaliação de políticas e programas nacionais da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS**. Rio de Janeiro: ObservaRH-IMS; UERJ, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever in the Americas**: guidelines for prevention and control. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde, 1997.

PEITER, P. C. **A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio**. 2005. 314 f. Tese (doutorado em Geografia) - Instituto de Geociências da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 411-422, fev. 2016.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas Brasil 2013**. PNUD, 2017. Disponível em <<http://www.br.undp.org>>. Acesso em: 9 dez. 2017.

RIVERA, F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 3, p. 357-372, 1996.

SANCHO, L. G. et al. Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. **Revista Trabalho, educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 431-447, nov. 2011.

SANTOS NETO, J. A. et al. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, abr. 2017.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 603-614, mar. 2010.

TAPIA, J. R. B. Políticas públicas, aprendizado social e direitos nas sociedades modernas: breves reflexões. **Teoria e Cultura**, v. 1, n. 1, p. 9-34, 2006.

VASCONCELOS, C. S.; FRIAS, P. G. Avaliação da vigilância da síndrome gripal: estudo de casos em unidade sentinela. **Saúde em Debate**, v. 41, n. esp., p. 259-274, mar. 2017.

VIEIRA, J. M. R., GARNELO, L.; HORTALE, V. A. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia Ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 852-865, dez. 2010.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do PNCD nos dois municípios fronteiriços de MS procurou estimular a participação dos profissionais envolvidos no programa desde a elaboração do projeto. O ápice desse contato se deu na elaboração do primeiro artigo, o qual pode ser considerado fruto da interação com esses profissionais. Neste artigo foram desenvolvidos os instrumentos avaliativos utilizados na pesquisa: Modelo Lógico do Programa, Modelo Teórico da Avaliação e a matriz de critérios.

A participação dos envolvidos com o programa no processo avaliativo é de fundamental importância para legitimar os resultados encontrados e aumentar a possibilidade de aplicação dos mesmos. Durante todo o desenvolvimento da avaliação foi possível discutir com os profissionais os resultados preliminares da avaliação. Essa discussão possibilitou corrigir possíveis erros e acrescentar observações importantes postas por eles. Por isso, alguns critérios avaliativos foram reorganizados dentro das dimensões propostas para avaliação, outros foram excluídos e outros ainda foram inseridos. Esse é um processo natural, considerando que a matriz de critérios não deve ser considerada como um instrumento rígido.

No segundo e terceiro artigo procedeu-se a avaliação propriamente dita. A avaliação normativa, realizada no segundo artigo, procurou analisar os programas à luz das normas do Ministério da Saúde. Foi feita uma comparação entre o que está previsto nos documentos do programa com as ações desenvolvidas na prática.

Nos dois municípios, os programas estavam parcialmente implantados. Vários problemas foram identificados, muitos deles compartilhados entre os municípios. Os componentes mais mal avaliados nos dois municípios foram: integração com atenção básica e capacitação de recursos humanos. Pode-se perceber que as ações do PNCD não estavam integradas à ESF. Algumas ESF limitavam-se ao preenchimento das fichas de notificação da doença. Não havia um planejamento quanto às capacitações dos profissionais. Elas eram realizadas, a grande maioria, pela secretaria estadual de saúde quando do aumento do número de casos. Não havia nos municípios profissionais multiplicadores dessas capacitações, principalmente entre a classe médica.

Problemas estruturais como falta de equipamentos, materiais de consumo, número adequado de profissionais para o desenvolvimento das práticas e ambiente físico inadequado foram encontrados nos dois municípios.

As ações do PNCD eram desenvolvidas exclusivamente pelo setor saúde. Não havia integração com outros setores externos, ou até mesmo dentro da própria secretaria de saúde.

Um exemplo dessa falta de articulação foi a inatividade do Comitê Municipal de Mobilização, Acompanhamento e Avaliação das medidas de controle da dengue em Ponta Porã. Em Corumbá esse comitê estava ativo, mas funcionava de forma limitada.

A presença de iniciativas conjuntas com o município do país vizinho para o enfrentamento da doença foi percebida somente em Ponta Porã. Troca de informações epidemiológicas, reuniões e realização de ações de combate ao mosquito foram algumas dessas iniciativas. Em Corumbá não foi percebido, nem mesmo, o intercâmbio oportuno de informações epidemiológicas. Os entrevistados alegaram que as mudanças na política nacional e o desinteresse do gestor em exercício dificultam essas iniciativas.

O terceiro artigo procurou analisar o contexto onde o PNCD estava inserido e também os resultados alcançados pelo programa. Foi observado um contexto externo altamente favorável à ocorrência de dengue nos dois municípios, com indicadores sociais abaixo da média estadual e nacional e saneamento básico incipiente. Além disso, Corumbá e Ponta Porã formam com as cidades lindeiras aglomerações urbanas de 150 a 200 mil pessoas, respectivamente, marcadas por intensas mobilidades humanas cotidianas, ampliando as possibilidades de transmissão da doença.

Além do contexto externo, foi também avaliado o contexto político-organizacional dos municípios. Para tanto, utilizou-se do Triângulo de Governo de Matus. A capacidade de governo mostrou-se desfavorável em Ponta Porã e favorável em Corumbá. A alta rotatividade dos gestores e a falta de mecanismos que possibilite a fixação de recursos humanos no município foram alguns fatores negativos em Ponta Porã. O projeto de governo e a governabilidade foi, respectivamente, pouco favorável e favorável à implantação nos dois municípios. É possível afirmar que houve uma modulação entre estratégias facilitadoras e dificultadoras, presentes em cada contexto, para a implantação parcial do PNCD nos municípios estudados

Com relação aos resultados percebeu-se que as metas propostas pelo PNCD não foram alcançadas nos municípios. Um quadro mais crítico foi observado em Ponta Porã devido ao número de mortes registrado, principalmente no ano de 2016. O GI parcial do programa, o contexto externo, característico dos municípios brasileiros de fronteira, e um projeto de governo deficitário podem ter contribuído com os resultados encontrados no município de Corumbá. Da mesma forma, o GI parcial do programa, o contexto externo, um projeto de governo deficitário e uma capacidade de governo desfavorável podem ter influenciado nos resultados mais críticos observados em Ponta Porã.

Esta pesquisa atingiu seu objetivo de avaliar a implantação do PNCD em dois municípios sul-mato-grossenses de fronteira. Sua conclusão traduz a satisfação pessoal de ter realizado o primeiro estudo avaliativo do PNCD em municípios brasileiros de fronteira. Deseja-se que os resultados encontrados possam colaborar com os ajustes necessários à uma adequada implementação do programa e estimular novas pesquisas que venham contribuir com o entendimento e desenvolvimento de políticas públicas nesses territórios fronteiriços.

A partir dos resultados obtidos nesse estudo é possível considerar que:

- a) o PNCD está parcialmente implantado nos municípios fronteiriços estudados;
- b) o GI do PNCD foi influenciado pelo contexto externo e político-organizacional dos municípios e;
- c) GI parcial do PNCD, por si só, não foi capaz de explicar o não cumprimento de todas as metas preconizadas pelo PNCD nos municípios estudados.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Posicionamento da Abrasco sobre a vacina Dengvaxia®. **Notícias**. Institucional, 11 Jan. 2018.. Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/vacinacao-dengue-parana/32761/>>. Acesso em: 4 mar. 2018.
- ACHEE, N. L. et al. A critical assessment of vector control for dengue prevention. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 9, n. 5, p. 1-19, 2015. e0003655.
- AGUIAR, M.; STOLLENWERK, N.; HALSTEAD, S. B. The impact of the newly licensed dengue vaccine in endemic countries. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 10, n. 12, p. 1-23, 2016. e0005179.
- BENEDETTI, A. Lugares de frontera y movilidades comerciales en el sur sudamericano: una aproximación multiescalar. In: COSTA, E. A.; COSTA, G. V. L.; OLIVEIRA, M. A. M. (Org.). **Fronteiras em foco**. Campo Grande: UFMS, 2011, p. 33-55. (Série Fronteiras).
- BENEDETTI, A.; SALIZZI, E. Fronteras en la construcción del territorio argentino. **Cuadernos de Geografía**; Revista Colombiana de Geografía, v. 23, n. 2, p. 121-138, 2014.
- BENTANCOR, G. T. Las fronteras en un contexto de cambios: la vida cotidiana en ciudades gemelas Rivera (Uruguay) y Sant’ana do Livramento (Brasil). **Ateliê Geográfico**, v. 2, n. 3, p.18-42, 2008.
- BHATT, S. et al. The global distribution and burden of dengue. **Nature**, v. 496, n. 7446, p. 504-507, apr. 2013.
- BRADY, O. J. et al. Refining the global spatial limits of dengue virus transmission by evidence-based consensus. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 6, n. 8, p. 1-15, aug. 2012. e1760.
- BRAGA, I. A., VALLE, D. *Aedes aegypti*: histórico do controle no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 2, p.113-118, 2007.
- BRAGA, J. U.; HERRERO, M. B.; CUELLAR, C. M. de. Transmissão da tuberculose na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1271-1280, jul. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 49, n. 2, 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação Epidemiológica/Dados. **Casos de dengue**: Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas, 1990 a 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-dengue>>. Acesso em: 11 fev. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Situação Epidemiológica/Dados. **Casos de dengue**: Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas, 1990 a 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-dengue>>. Acesso em: 09 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz SNCC n. 2/2015**, de 11 de novembro de 2015. Institui o Protocolo de Ações entre Ministério da Integração Nacional, Ministério da Defesa e o Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Diretriz-SNCC-n-2-Apoio-das-Forcas-Armadas.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. **Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. **Programa de desenvolvimento da faixa de fronteira**. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Funasa. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Funasa. **Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Funasa. **Plano de Erradicação do *Aedes aegypti***. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CARVAJAL CORTÉS, J. J. et al. Determinantes sociais da distribuição espacial dos casos de dengue na faixa fronteira do Brasil. **Espaço & Geografia**, v. 18, n. 3, p. 611-638, 2015.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CERRONI, M. P.; CARMO, E. H. Magnitude das doenças de notificação compulsória e avaliação dos indicadores de vigilância epidemiológica em municípios da linha de fronteira do Brasil, 2007 a 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 617-628, dec. 2015.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a. p. 41-60.

CHAMPAGNE, F. et al. A análise da implantação. In: BROUSSELE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b. p. 217-238.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p.705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. Evaluation in the health sector: concepts and methods. **Revue d'épidémiologie et de santé publique**, v. 48, n. 6, p. 571-539, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**: definição, estrutura, planejamento. 3. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1999.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática da análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

COSENDEY, M. A. et al. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Reports in Public Health**, v. 19, n. 2, p. 395-400, 2003.

COSTA, E. A. Mobilidade e fronteira: as territorialidades dos jovens de Corumbá, Brasil. **Revista Transporte y Territorio**, Buenos Aires, n. 9, p. 65-83, 2013.

COSTA, E. A. Mexe com o que? Vai pra onde? Constrangimentos de ser fronteiriço. In: COSTA, E. A.; COSTA, G. V. L.; OLIVEIRA, M. A. M. (Org.). **Fronteiras em foco**. Campo Grande: UFMS, 2011. p.131-170. (Série Fronteiras).

COSTA, E. M. S.; CUNHA, R. V. Estratégia metodológica de construção de indicadores para avaliação do Programa Nacional de Controle da Dengue em municípios fronteiriços. **Revista GeoPantanal**, v. 12, n. 22, p. 203-221, 2017.

CUNHA, R. V. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos da epidemia de dengue em Mato Grosso do Sul (MS), 1995 - resultados preliminares. In: Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 32.,1996, Goiânia. **Anais...Goiânia**: Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 1996. p. 3-7.

CUNHA, R. V.; MARTINEZ, E. Manejo clínico do paciente com dengue. In: VALLE, D.; PIMENTA, D. N.; CUNHA, R. V. (Org.). **Dengue**: teorias e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 221-245.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática da análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.49-88.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Fund**, v. 44, n. 3, p.166-206, 1966.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

DUNHAM, E. J.; HOLMES, E. C. Inferring the timescale of dengue virus evolution under realistic models of DNA substitution. **Journal of Molecular Evolution**, v. 64, n. 6, p. 656–661, 2007.

FIGUEIRÓ, A. C. et al. Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade da assistência: estudo de caso em dois municípios da Região Nordeste, Brasil, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2373-2385, 2011.

FIGUEIRÓ, A. C. et al. Análise lógica da intervenção do programa de controle da dengue no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 10, sup. 1, p. 93-106, 2010.

FONSECA, B. O. **As políticas públicas de vigilância em saúde na fronteira Brasil-Bolívia**. 2011. 59 f. Dissertação. (Mestrado em Estudos Fronteiriços) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Corumbá, MS, 2011.

FREDERICKS, A. C.; FERNANDEZ-SESMA, A. The burden of dengue and Chikungunya worldwide: implications for the southern United States and California. **Annals of Global Health**, v. 80, n. 6, p. 466-475, 2014.

FURTADO, J. P.; VIEIRA DA SILVA, L. M. Entre os campos científicos e burocráticos: a trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 17-92.

GADELHA, A. G.; COSTA, L. A política nacional de integração e desenvolvimento de fronteiras-PDFF. In: OLIVEIRA, Tito (Org). **Território sem limites: estudos sobre fronteiras**. Campo Grande: Editora da UFMS, 2005. p. 9-15.

GALLO, E.; COSTA, L.; MORAES, A. La integración de los sistemas de salud que atienden a la población fronteriza de los países del Mercosur – SIS-Mercosur. In: GALLO, E.; COSTA, L. (Org.). **Sistema integrado de salud del Mercosur / SIS – Mercosur: una agenda para integración**. Brasilia: Organización Panamericana de la Salud, 2004. p. 41-54.

GIOVANELLA, L. et al. **Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2007.

GIRARDI, M. L. **Avaliação da vigilância entomo-epidemiológica no Programa de Controle da Dengue no Município de Cuiabá – MT**. 2010. 158 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

GUBLER, D. J. The emergence of epidemic dengue fever and dengue hemorrhagic fever in the Americas: a case of failed public health policy. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, n. 4, p. 221-224, 2005.

GUBLER, D. J. Epidemic dengue/dengue hemorrhagic fever as a public health, social and economic problem in the 21st century. **Trends in Microbiology**, v. 10, n. 2, p. 100-103, 2002.

GUBLER, D. J. Dengue and dengue hemorrhagic fever. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 11, n. 3, p. 480-496, 1998.

GUBLER, D. J. Dengue and dengue hemorrhagic fever: its history and resurgence as a global public health problem. In: GUBLER, D. J.; KUNO, G. (Ed.). **Dengue and dengue hemorrhagic fever**. New York: CAB International, 1997. p. 1-22.

GUICHONET, P.; RAFFESTIN, C. **Géographie des frontières**. Paris: PUF, 1974.

GUZMAN, M. G. et al. Dengue: a continuing global threat. **Nature reviews Microbiology**, v. 8, n. 12, p. S7-16, 2010.

HAESBAERT, R. Limites no espaço-tempo: a retomada de um debate. **Revista Brasileira de Geografia**, v. 61, n. 1, p. 5-20, jul. 2016.

HALSTEAD, S. B. Licensed dengue vaccine: public health conundrum and scientific challenge. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 95, n. 4, p. 741-745, 2016.

HANNERZ, U. Fluxos, fronteiras, híbridos: palavras-chave da antropologia transnacional. **Mana, Estudos de Antropologia Social**, v. 3, n. 1, p. 7-39, 1997.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z. M. A.; SANTOS, E. M.; MATIDA, A. H. promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (Org). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 325-340.

HOLMES, E.; TWIDDY, S. The origin, emergence and evolutionary genetics of dengue virus. **Infection, Genetics and Evolution**, v. 3, n. 1, p. 19-28, 2003.

HU, T-S. et al. Epidemiological and molecular characteristics of emergent dengue virus in Yunnan Province near the China-Myanmar-Laos border, 2013-2015. **BMC Infectious Diseases**, v. 17, n. 331, p. 1-12, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa Populacional 2011**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Posição ocupada pelos maiores municípios em relação ao Produto Interno Bruto**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. **Atlas do Desenvolvimento Humano**. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

JONES, J. M. et al. Binational dengue outbreak along the United States-Mexico border — Yuma county, Arizona, and Sonora, Mexico, 2014. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 65, n. 19, p. 495-499, 2016.

LEVITON, L. C. et al. Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. **Annual Review Of Public Health**, Palo Alto, v. 31, n. 1, p.213-233, 2010.

LOPEZ, F.; BEATRIZ NIETO, D.; ARIAS, C. Relaciones entre el concepto de movilidad y la ocupación territorial de Medellín. **Revista EIA - Escuela de Ingeniería de Antioquia**, v. 7, n. 13, p. 23-37, 2010.

MACHADO, L. O. Limites, fronteiras e redes. In: STROHAECKER, T. M. et al. (Org.). **Fronteiras e espaço global**. Porto Alegre: AGB-Porto Alegre, 1998. p.41-49.

MACHADO, L. O. et al. O desenvolvimento da faixa de fronteira: uma proposta conceitual e metodológica. In: OLIVEIRA, T. C. M. **Território sem limites: estudos sobre fronteiras**. Campo Grande: UFMS; 2005. p. 87-112.

MATO GROSSO DO SUL. Dengue. Semana 6 e 7. **Boletim epidemiológico, n. 5**. Mato Grosso do Sul: Secretaria Estadual de Saúde, 2018.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 3. ed. Brasília: IPEA, 1997.

MENDONÇA, F. A.; SOUZA, A. V.; DUTRA, D. A. Saúde pública, urbanização e dengue no Brasil. **Sociedade & Natureza**, v. 21, n. 3, p. 257-269, dez. 2009.

MOMBELLI, M. A. et al. Epidemia da aids em tríplice fronteira: subsídios para a atuação profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 3, p. 429-437, 2015.

NATAL, S. et al. Avaliação do programa de controle da tuberculose: estudos de casos municipais/estaduais na Amazônia Legal. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 12, n. 2, p. 91-110, 2004.

NOGUEIRA, R. J. B. Fronteira: espaço de referência identitária? **Ateliê Geográfico**, v. 1, n. 2, p. 27-41, dez. 2007.

NORMILE, D. Surprising new dengue virus throws a spanner in disease control efforts. **Science**, v. 342, n. 6157, p. 415, oct. 2013.

NOVAES, H. M. D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, Suppl 2, p. 7-12, 1996.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **Dengue: guías de atención para enfermos de dengue en la región de las Américas**. La Paz: OPAS/OMS, 2010.

OPS/OMS. Plataforma de Información en Salud (PLISA). **Situación de salud en las Américas: indicadores básicos de salud 2017**. Dengue. Washington: OPS/OMS, 2017.

OSANAI, C. H. et al. Surto de dengue em Boa Vista, Roraima. Nota prévia. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 53-54, 1983.

OTSHUDIEMA, J. O. et al. Yellow fever outbreak — Kongo Central Province, Democratic Republic of the Congo, August 2016. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 66, n. 12, p. 335-338, 2017.

PEDI, V. D. **Análise de implantação de plano de contingência para dengue**. 2010. 125f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2010.

PEITER, P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, 23, Suppl 2, p. S237-50, 2007.

PEITER, P. C. et al. Situação da malária na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p. 2497-2512, 2013.

PESSANHA, J.E.M. et al. Avaliação do Plano Nacional de Controle da Dengue. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1637-1641, 2009.

PIGNATTI, M. G. Saúde e ambiente: as doenças emergentes no Brasil. **Ambiente & Sociedade**, v. 7, n. 1, p. 133-147, 2004.

PIMENTA JR, F. G.; SABROZA, P. C. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o Programa Nacional de Controle da Dengue. In: SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 33-60.

PIMENTA JÚNIOR, F. G. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o Programa Nacional de Controle da Dengue no âmbito municipal**. 2005. 210 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

POMPEO, C. M. **Dengue: caracterização clínica e variáveis associadas ao agravamento**. Dissertação. 2016. 72 f. (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2016.

SANOFI PASTEUR. **First dengue vaccination program in the Americas starts in Paraná State of Brazil**. 2016.. Disponível em <http://www.sanofipasteur.com/en/Documents/PDF/PR-locaux/BrazilParanastatelaunchdenguevaccine_multilocalPR_EN.pdf Cited>. Acesso em: 14 Oct. 2016.

SCHATZMAYR, H. G. Dengue situation by year 2000. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 95, Supl. I, p. 179-181, 2000.

SELCK, F. W.; ADALJA, A. A.; BODDIE, C. R. An estimate of the global health care and lost productivity costs of dengue. **Vector Borne and Zoonotic Diseases**, v. 14, n. 11, p. 824-826, 2014.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, v. 23, n. 53, p. 81-92, 1999.

SHEPARD, D. S. et al. Economic impact of dengue illness in the Americas. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 84, n 2, p. 200-207, 2011.

SISSON, M. C. et al. Satisfação dos Usuários na Utilização de Serviços Públicos e Privados de Saúde em Itinerários Terapêuticos no Sul do Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 36, p.123-136, 2011.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador; Rio de Janeiro: EDUFBA; Fiocruz, 2005. p. 65-102.

SPADA, R. K. Análise comparativa das eficácias e dos entraves do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) nos municípios de Catanduva/SP e Pindorama/SP. 2015. 105 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente) – Centro Universitário de Araraquara, Araraquara, SP, 2015.

STAKE, R. E. **Multiple case study analysis**. New York: The Guilford Press, 2006.

STODDARD, S. et al. The role of human movement in the transmission of vector-borne pathogens. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 3, n. 7, p. 1-9, 2009. e481.

TANAKA, O. Y; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TEIXEIRA, M. G; BARRETO, M. L; GUERRA, Z. Epidemiologia e medidas de prevenção do dengue. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 8, n. 4, p. 5-33, 1999.

THOMAS, S. J.; ROTHMAN, A. L. Trials and tribulations on the path to developing a dengue vaccine. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 33, suppl 4, p. D24-D31, 2015.

VASCONCELOS, P. R. et al. *Aedes aegypti*, dengue and re-urbanization of yellow fever in Brazil and other South American countries-past and present situation and future perspectives. **Dengue Bulletin**, v. 23, p. 55-66, 1999.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A; VIEIRA DA SILVA, L.M. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador; Rio de Janeiro: EDUFBA; Fiocruz, 2005. p.15-40.

WEAVER, S. C.; VASILAKIS, N. Molecular evolution of dengue viruses: contributions of phylogenetics to understanding the history and epidemiology of the preeminent arboviral disease. **Infection, Genetics and Evolution**, v. 9, n. 4, p. 523-540, 2009.

WEBB, J. L. A. *Aedes aegypti* suppression in the Americas: historical perspectives. **The Lancet**, v. 388, n. 10044, p. 556-557, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Number of reported cases of dengue and severe dengue (SD) in the Americas, by Country**. Epidemiological Week 52, Feb. 6. Geneva: WHO, 2017a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO advises Dengvaxia be used only in people previously infected with dengue. **Essential medicines and health products**. News. Geneva: WHO, 2017b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for dengue prevention and control 2012-2020**. Geneva: WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control**. New edition. Geneva: WHO, 2009.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Gente, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YIN, R. K. Projetando estudos de caso. In: _____. (Ed.). **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005. p. 39-80.

ZARA, A. L. S. A. et al. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 391-404, 2016.

APÊNDICE A

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS
Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com as normas da Resolução nº. 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012.

(Secretário de saúde, gerente da vigilância em saúde, coordenador da vigilância epidemiológica, coordenador de controle de vetores/endemias, coordenador de atenção primária à saúde e presidente do Conselho Municipal de Saúde)

Você esta sendo convidado a participar da pesquisa “**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE NOS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DE MATO GROSSO DO SUL**”, desenvolvida pela pesquisadora Elisângela Martins da Silva Costa, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação do Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver.

- Qual é o objetivo desse estudo?

O objetivo principal desse estudo é avaliar a implantação do Programa de Controle da Dengue (PCD) em dois municípios fronteiriços do estado de Mato Grosso do Sul: Corumbá e Ponta Porã. Esse trabalho permitirá estudar os processos relacionados à operacionalização do programa visando contribuir para o aprimoramento do mesmo.

- Quem participará deste estudo?

Participarão da pesquisa os informantes-chave, que são pessoas particularmente estratégicas para a pesquisa por conhecerem bem o assunto pesquisado, representando assim uma preciosa fonte de informações. Os informantes-chave deste estudo serão: secretário de saúde, gerente da vigilância em saúde, coordenador da vigilância epidemiológica, coordenador municipal do PCD ou coordenador de controle de vetores/endemias, coordenador da atenção primária à saúde, representante do conselho municipal de saúde, agente comunitário de saúde, agente de controle de endemias, médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e Hospital e usuários.

- Como será minha participação no estudo?

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista que será gravada em um gravador digital, realizada pela pesquisadora descrita acima, abordando aspectos do contexto político-organizacional do município e das ações realizadas pelo programa.

- Quanto tempo estarei no estudo?

Você participará deste estudo somente no momento da entrevista, ou seja, por aproximadamente 40 minutos.

- Que prejuízos podem acontecer comigo se eu participar deste estudo?

Não são previstos riscos para sua integridade física, mental ou moral. No entanto, o conteúdo de algumas perguntas pode provocar algum tipo de constrangimento. Caso isso aconteça, avise à pesquisadora. A entrevista será interrompida imediatamente sem nenhum prejuízo a você.

Rubrica da pesquisadora: _____
Rubrica do participante: _____

- Que benefício eu posso esperar?

Os benefícios relacionados com a sua participação visam à melhoria dos processos de trabalho inseridos na rotina do Programa de Controle da Dengue, além de fornecer subsídios ao gestor para a tomada de decisão. Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo.

- Quem poderá ver as minhas respostas?

Se você concordar em participar do estudo, sua identificação pessoal será mantida em sigilo. Somente a pesquisadora terá acesso às suas respostas. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo e também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância. Caso algum trecho da entrevista tenha que ser transcrito na tese, isso será feito através de codificações, preservando o anonimato dos entrevistados.

- Eu serei informado sobre os resultados do estudo?

Os resultados do estudo contendo os benefícios e recomendações serão divulgados por meio de relatório e em apresentação formal aos participantes e interessados.

- Quem devo chamar se tiver qualquer dúvida ou algum problema?

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo, terá acesso à pesquisadora pelo pelos telefones: (67) 3234-9102, (67) 99274-7875 ou pelo e-mail elisams10@gmail.com. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo procure o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no seguinte endereço: Cidade Universitária, Caixa Postal 549, CEP 79070-900 - Campo Grande - MS – Brasil, Tel: (67) 3345-7187.

- Eu posso recusar a participar ou pedir para sair do estudo?

Você não é obrigado a participar deste projeto, sua participação é voluntária. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que acarrete qualquer prejuízo a sua pessoa.

Este documento foi elaborado em duas vias: uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com você.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que concordo em participar desta pesquisa.

Assinatura do participante

data ____/____/____/

Assinatura da pesquisadora

ELISÂNGELA MARTINS DA SILVA COSTA

data ____/____/____/

APÊNDICE B

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS
Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com as normas da Resolução nº. 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012.

(População)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**AValiação da Implantação do Programa de Controle da Dengue nos Municípios Fronteiriços de Mato Grosso do Sul**”, desenvolvida pela pesquisadora Elisângela Martins da Silva Costa, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação do Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver.

- Qual é o objetivo desse estudo?

O objetivo principal desse estudo é avaliar a implantação do Programa de Controle da Dengue (PCD) em dois municípios fronteiriços do estado de Mato Grosso do Sul: Corumbá e Ponta Porã. Esse trabalho permitirá estudar os processos relacionados à operacionalização do programa visando contribuir para o aprimoramento do mesmo.

- Quem participará deste estudo?

Para se ter as informações necessárias, serão feitas entrevistas com os gestores da saúde de seu município, com os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família e do hospital, com os agentes de controle de endemias, com o representante do conselho municipal de saúde e com os usuários do SUS.

- Como será minha participação no estudo?

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário, onde a pesquisadora lhe perguntará o seu conhecimento sobre a dengue e sua opinião sobre as ações de combate à doença desenvolvidas em seu município. Para melhor apreensão das respostas, algumas perguntas serão gravadas em um gravador digital. Caso algum trecho da entrevista tenha que ser transcrito na tese, isso será feito através de codificações, preservando o anonimato dos entrevistados.

- Quanto tempo estarei no estudo?

Você participará deste estudo somente no momento da aplicação do questionário, ou seja, por aproximadamente 20 minutos.

- Que prejuízos podem acontecer comigo se eu participar deste estudo?

Não são previstos riscos para sua integridade física, mental ou moral. Ao participar desta pesquisa também não existe nenhum risco no sentido de prejudicar o seu atendimento pelo Sistema Único de Saúde. No entanto, o conteúdo de algumas perguntas pode provocar algum tipo de constrangimento. Caso isso aconteça, avise à pesquisadora. A entrevista será interrompida imediatamente sem nenhum prejuízo a você.

Rubrica da pesquisadora: _____
Rubrica do participante: _____

- Que benefício eu posso esperar?

As informações obtidas nesta pesquisa poderão proporcionar ações de saúde que visam melhorar a atenção às pessoas com dengue. Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo.

- Quem poderá ver as minhas respostas?

Se você concordar em participar do estudo, sua identificação pessoal será mantida em sigilo. Somente a pesquisadora terá acesso às suas respostas. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo e também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância.

- Eu serei informado sobre os resultados do estudo?

Os resultados do estudo contendo os benefícios e recomendações serão divulgados por meio de relatório e em apresentação formal aos participantes e interessados.

- Quem devo chamar se tiver qualquer dúvida ou algum problema?

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo, terá acesso à pesquisadora pelo pelos telefones: (67) 3234-9102, (67) 99274-7875 ou pelo e-mail elisams10@gmail.com. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo procure o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no seguinte endereço: Cidade Universitária, Caixa Postal 549, CEP 79070-900 - Campo Grande - MS – Brasil, Tel: (67) 3345-7187.

- Eu posso recusar a participar ou pedir para sair do estudo?

Você não é obrigado a participar deste projeto, sua participação é voluntária. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que acarrete qualquer prejuízo a sua pessoa.

Este documento foi elaborado em duas vias: uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com você.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que concordo em participar desta pesquisa.

Assinatura do participante

data ____/____/____/

Assinatura da pesquisadora

ELISÂNGELA MARTINS DA SILVA COSTA

data ____/____/____/

APÊNDICE C

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS
Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com as normas da Resolução nº. 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012.

(Técnicos da vigilância epidemiológica, Agentes de Controle de Endemias, Agentes Comunitário de Saúde, Médicos e Enfermeiros)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE NOS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DE MATO GROSSO DO SUL**”, desenvolvida pela pesquisadora Elisângela Martins da Silva Costa, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação do Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver.

- Qual é o objetivo desse estudo?

O objetivo principal desse estudo é avaliar a implantação do Programa de Controle da Dengue (PCD) em dois municípios fronteiriços do estado de Mato Grosso do Sul: Corumbá e Ponta Porã. Esse trabalho permitirá estudar os processos relacionados à operacionalização do programa visando contribuir para o aprimoramento do mesmo.

- Quem participará deste estudo?

Participarão da pesquisa os informantes-chave, que são pessoas particularmente estratégicas para a pesquisa por conhecerem bem o assunto pesquisado, representando assim uma preciosa fonte de informações. Os informantes-chave deste estudo serão: secretário de saúde, gerente da vigilância em saúde, coordenador da vigilância epidemiológica, coordenador municipal do PCD ou coordenador de controle de vetores/endemias, coordenador da atenção primária à saúde, representante do conselho municipal de saúde, agente comunitário de saúde, agente de controle de endemias, médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e Hospital e usuários.

- Como será minha participação no estudo?

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário, abordando vários aspectos relativos ao tema.

- Quanto tempo estarei no estudo?

Você participará deste estudo somente no momento da aplicação do questionário, ou seja, por aproximadamente 20 minutos.

- Que prejuízos podem acontecer comigo se eu participar deste estudo?

Não são previstos riscos para sua integridade física, mental ou moral. No entanto, o conteúdo de algumas perguntas pode provocar algum tipo de constrangimento. Caso isso aconteça, avise à pesquisadora. A entrevista será interrompida imediatamente sem nenhum prejuízo a você.

Rubrica da pesquisadora: _____
Rubrica do participante: _____

- Que benefício eu posso esperar?

Os benefícios relacionados com a sua participação visam à melhoria dos processos de trabalho inseridos na rotina do Programa de Controle da Dengue, além de fornecer subsídios ao gestor para a tomada de decisão. Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo.

- Quem poderá ver as minhas respostas?

Se você concordar em participar do estudo, sua identificação pessoal será mantida em sigilo. Somente a pesquisadora terá acesso às suas respostas. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo e também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância.

- Eu serei informado sobre os resultados do estudo?

Os resultados do estudo contendo os benefícios e recomendações serão divulgados por meio de relatório e em apresentação formal aos participantes e interessados.

- Quem devo chamar se tiver qualquer dúvida ou algum problema?

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo, terá acesso à pesquisadora pelo pelos telefones: (67) 3234-9102, (67) 99274-7875 ou pelo e-mail elisams10@gmail.com. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo procure o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no seguinte endereço: Cidade Universitária, Caixa Postal 549, CEP 79070-900 - Campo Grande - MS – Brasil, Tel: (67) 3345-7187.

- Eu posso recusar a participar ou pedir para sair do estudo?

Você não é obrigado a participar deste projeto, sua participação é voluntária. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que acarrete qualquer prejuízo a sua pessoa.

Este documento foi elaborado em duas vias: uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com você.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que concordo em participar desta pesquisa.

Assinatura do participante

data ____/____/____/

Assinatura da pesquisadora

ELISÂNGELA MARTINS DA SILVA COSTA

data ____/____/____/

APÊNDICE D

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS
 Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
 ROTEIRO DE ENTREVISTA COM SECRETÁRIO(A) DE SAÚDE

MUNICÍPIO: _____

DATA I__I__I__

A. Identificação

1. Nome:

2. Sexo: () F () M

3. Idade:

4. Formação:

5. Possui Pós-graduação: () sim () não

Se sim, os cursos são na área de epidemiologia, saúde pública:

a) aperfeiçoamento b) especialização c) mestrado d) doutorado

6. Cargo que ocupa:

7. Tempo que ocupa o cargo:

8. Já esteve no cargo anteriormente? Quando? Por quanto tempo?

9. Vínculo Empregatício:

Trajétoria profissional: Fale um pouco sobre sua história profissional. Experiência acadêmica e profissional: experiência anterior em gestão ou coordenação de programas de saúde

B. Projeto de Governo

1. O Plano Municipal de Saúde (PMS) foi elaborado coletivamente? Quem participou da elaboração?

2. O PMS foi elaborado tendo como base o perfil epidemiológico e demográfico do município?

3. As propostas da Conferência foram respeitadas na elaboração do PMS? Se não, por quê?

4. A SMS monitora as metas e indicadores estabelecidos no PMS? Se sim, como? Se não, por quê?

5. Existe organograma da SMS? Se sim, a estrutura da VS está inserida no organograma? A VS possui organograma?

6. Em sua opinião, a dengue é um problema de saúde em seu município?

7. A SMS possui plano municipal de controle da dengue?

8. O PCD está incluído no conjunto de prioridades do PMS? A dengue é prioridade? Se não, por quê?

9. Existe coordenador específico para o PCD? A estrutura da coordenação municipal do PCD está inserida no organograma?

10. Para a definição das ações de vigilância e controle da dengue, a SMS interage com outras secretarias? Se sim, quais?

11. Você tem conhecimento da proporção de recursos próprios aplicados na saúde? Se sim, qual o valor aproximado?

12. Você tem conhecimento dos recursos do TFVS para o município? Valor do repasse mensal? E da contrapartida? Se sim, qual o valor aproximado?

13. Você tem conhecimento das diretrizes para aplicação do TFVS? Tem noção do valor aplicado nas ações da dengue? Se sim, qual o valor aproximado?

14. Você tem conhecimento dos gastos per capita em saúde no seu município? Se sim, qual o valor aproximado?

C. Capacidade de Governo

1. Na SMS existe Plano de Cargos, Carreiras e Salários?

2. Em sua opinião o CMS é atuante?

3. Em sua opinião, quais as funções que o CMS exerce em seu município? (tem capacidade de decisão política; define as prioridades de saúde da administração municipal; possui estratégias de acompanhamento dos trabalhos da SMS; fiscaliza a gestão do fundo municipal de saúde; aprova programação físico-orçamentária).

4. Os conselheiros foram capacitados para exercer a função?

5. Se existe plano municipal de controle da dengue ou plano de contingência, foi discutido e aprovado pelo CMS?

3. As resoluções do CMS são acatadas pelo executivo?

4. Você sabe informar se já foram apresentadas propostas sobre o PCD no Conselho? Em caso positivo, as deliberações propostas foram implementadas?
5. Como se dão as Conferências Municipais de Saúde?
6. A SMS possui sistema de ouvidoria do usuário implantado?

D. Governabilidade

1. A SMS possui autonomia para definição de necessidades financeiras? Se não, sabe quem define?
2. A SMS possui autonomia para aplicação dos recursos financeiros? Se não, sabe quem aplica?
3. O secretário de saúde é o ordenador de despesas referentes à execução dos recursos específicos da saúde? Se não, sabe quem é?
4. A SMS tem apoio do legislativo, da sociedade civil organizada e das Forças Armadas quanto à organização das ações de combate à dengue?
5. Como você define a sua relação com os outros secretários do município? Existe integração? Cooperação?
6. Como você define sua relação com a sua equipe gestora?
7. O Secretário Municipal de Saúde participa de algum órgão colegiado do SUS?
8. A SMS desenvolve ações integradas de saúde com o município do país vizinho? Se sim, quais ações foram desenvolvidas?
9. Existe um Comitê Binacional ativo?
10. Você sabe informar como é feita a troca de informações sobre a dengue com o município do país vizinho?
11. Fale um pouco da sua experiência em trabalhar com saúde pública em município de fronteira. Dificuldades/facilidades encontradas. Esse fato dificulta o controle da dengue?
12. Você participa do planejamento das ações do PCD?
12. Em sua opinião, os trabalhadores/profissionais de saúde apoiam as propostas de organização das ações de combate à dengue? E a população?

E. Implantação

1. Em sua opinião, o município possui estrutura mínima para execução das atividades do PCD (equipe técnica, espaço físico e mobiliário, meios de transporte para equipes de vigilância do vetor e epidemiológica, materiais de consumo, serviços gráficos, e equipamentos de informática, meios de comunicação). Suficientes e adequados para execução das ações?
2. São realizadas reuniões com prefeito e secretários municipais para apresentação do PMCD e obtenção da prioridade política continuamente?
3. Como é a forma de capacitação (atualização técnica) de recursos humano (contínua/espórádica)? A sua equipe é qualificada em suas áreas de atuação? Ela foi capacitada em dengue?
9. Realização de reuniões com prefeito e secretários municipais para apresentação do PCD e obtenção da prioridade política continuamente.
10. O município conta com Comitê de acompanhamento e avaliação da dengue implantado e funcionando de forma adequada?
11. São realizadas reuniões periódicas intersetoriais para avaliar os resultados das ações desenvolvidas no PCD? Se sim, qual a periodicidade dessas reuniões?
12. A SESAU promove reuniões de avaliação do PMCD? Se sim, qual a periodicidade?

APÊNDICE E

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O(A) GERENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

MUNICÍPIO: _____

DATA I__I__I__

A. Identificação

1. Nome:

2. Sexo: () F () M

3. Idade:

4. Formação:

5. Possui Pós-graduação: () sim () não

Se sim, os cursos são na área de epidemiologia, saúde pública:

a) aperfeiçoamento b) especialização c) mestrado d) doutorado

6. Cargo que ocupa:

7. Tempo que ocupa o cargo:

8. Já esteve no cargo anteriormente? Quando? Por quanto tempo?

9. Vínculo Empregatício:

Trajetória profissional: Fale um pouco sobre sua história profissional. Experiência acadêmica e profissional: experiência anterior em gestão ou coordenação de programas de saúde

B. Projeto de Governo

1. Em sua opinião, a saúde é uma prioridade no seu município? Por quê?

2. Você participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)?

3. Em sua opinião, o PMS é elaborado tendo como base o perfil epidemiológico e demográfico do município?

4. Em sua opinião, as propostas da Conferência são respeitadas na elaboração do PMS? Se não, por quê?

5. Existe organograma da SMS? Se sim, a estrutura da VS está inserida no organograma? A VS possui organograma?

6. Em sua opinião, a dengue é um problema de saúde em seu município?

7. A SMS possui plano municipal de controle da dengue?

8. Em sua opinião o PCD está incluído no conjunto de prioridades do PMS? A dengue é prioridade? Se não, por quê?

9. Existe coordenador específico para o PCD? A estrutura da coordenação municipal do PCD está inserida no organograma?

10. Em sua opinião, para a definição das ações de vigilância e controle da dengue, a SMS interage com outras secretarias? Se sim, quais?

11. Você participa da programação dos recursos para o controle da dengue?

12. Você tem conhecimento dos recursos do TFVS para o município? Valor do repasse mensal? E da contrapartida? Se sim, qual o valor aproximado?

13. Você tem conhecimento das diretrizes para aplicação do TFVS? Tem noção do valor aplicado nas ações da dengue? Se sim, qual o valor aproximado?

C. Capacidade de Governo

1. Em sua opinião o CMS é atuante?

2. Se existe plano municipal de controle da dengue ou plano de contingência, foi discutido e aprovado pelo CMS?

3. Em sua opinião o CMS tem o apoio do Secretário Municipal de Saúde e suas resoluções são acatadas pelo executivo?

4. Você sabe informar se já foram apresentadas propostas sobre o PCD no Conselho? Em caso positivo, as deliberações propostas pelo CMS foram implementadas?

5. Na gestão atual, foi realizada Conferência Municipal de Saúde? Você participou?

6. Qual o papel da ouvidoria em relação ao programa?

D. Governabilidade

1. Em sua opinião, a SMS possui autonomia para definição de necessidades financeiras? Se não, sabe quem define?
2. Em sua opinião, a SMS possui autonomia para aplicação dos recursos financeiros? Se não, sabe quem aplica?
3. Você percebe o secretário de saúde como ordenador de despesas referentes à execução dos recursos específicos da saúde? Se não, sabe quem é?
4. Em sua opinião, a SMS tem apoio do legislativo, da sociedade civil organizada e das Forças Armadas quanto à organização das ações de combate à dengue?
5. Como você define a relação da SMS com as outras secretarias do município? Existe integração? Cooperação?
6. Como você define sua relação com o Secretário de Saúde?
7. Em sua opinião, a SMS desenvolve ações integradas de saúde com o município do país vizinho? Você participa dessas ações? Como é?
8. Existe um Comitê Binacional ativo?
9. Você sabe informar como é feita a troca de informações sobre a dengue com o município do país vizinho?
10. Fale um pouco da sua experiência em trabalhar com saúde pública em município de fronteira. Dificuldades/facilidades encontradas. Esse fato dificulta o controle da dengue?
11. Você participa do planejamento das ações do PCD? Se sim, você sente-se satisfeito com esse grau de participação? Suas opiniões são levadas em consideração?
12. Em sua opinião, os trabalhadores/profissionais de saúde apoiam as propostas de organização das ações de combate à dengue? E a população?
13. Você está satisfeito com seu trabalho? Sente-se motivado para desenvolvê-lo?

E. Implantação

1. Em sua opinião, o município possui estrutura mínima para execução das atividades do PCD?
2. Foi implantada no município a Sala de Situação? Se sim, como funciona?
3. A SMS promove ações de controle vetorial com o município do país vizinho? Se sim, como são essas ações?
4. Integração Controle de Vetores/ESF/vigilância unificando territórios e ACE/ACS. (Unificação da base geográfica?)
5. São realizadas reuniões de planejamento das ações de controle da dengue entre Controle de Vetores, a VE e a ESF? Qual a periodicidade?
6. Nos últimos 02 anos o setor RECEBEU algum material educativo (panfletos, folders, cartazes, etc.) sobre as ações de controle da dengue? Eram bilíngues?
7. Nos últimos 02 anos o setor DISTRIBUIU material educativo (panfletos, folders, cartazes, etc.) sobre as ações de controle da dengue, dirigido aos profissionais de saúde e à população? Eram bilíngues?
8. Como é a forma de capacitação (atualização técnica) de recursos humano (contínua/espórádica)? A sua equipe é qualificada em suas áreas de atuação? Ela foi capacitada em dengue?
9. Realização de reuniões com prefeito e secretários municipais para apresentação do PCD e obtenção da prioridade política continuamente.
10. O município conta com Comitê de acompanhamento e avaliação da dengue implantado e funcionando de forma adequada?
11. São realizadas reuniões periódicas intersetoriais para avaliar os resultados das ações desenvolvidas no PCD? Se sim, qual a periodicidade dessas reuniões?
12. A SESAU promove reuniões de avaliação do PMCD? Se sim, qual a periodicidade?

APÊNDICE F

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O COORDENADOR(a) DA VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA

MUNICÍPIO: _____

DATA I__I__I__

A. Identificação

1. Nome:

2. Sexo: () F () M

3. Idade:

4. Formação:

5. Possui Pós-graduação: () sim () não

Se sim, os cursos são na área de epidemiologia, saúde pública:

a) aperfeiçoamento b) especialização c) mestrado d) doutorado

6. Cargo que ocupa:

7. Tempo que ocupa o cargo:

8. Já esteve no cargo anteriormente? Quando? Por quanto tempo?

9. Vínculo Empregatício:

Trajetória profissional: Fale um pouco sobre sua história profissional. Experiência acadêmica e profissional: experiência anterior em gestão ou coordenação de programas de saúde

B. Projeto de Governo

1. Em sua opinião, a saúde é uma prioridade no seu município? Por quê?

2. A VE participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)?

3. Em sua opinião, o PMS é elaborado tendo como base o perfil epidemiológico e demográfico do município?

4. Em sua opinião, as propostas da Conferência são respeitadas na elaboração do PMS? Se não, por quê?

5. Existe organograma da SMS? Se sim, a estrutura da VS está inserida no organograma? A VS possui organograma?

6. Em sua opinião, a dengue é um problema de saúde em seu município?

7. A SMS possui plano municipal de controle da dengue e plano de contingência?

8. Em sua opinião o PCD está incluído no conjunto de prioridades do PMS? Se não, por quê?

9. Existe coordenador específico para o PCD? A estrutura da coordenação municipal do PCD está inserida no organograma?

10. Em sua opinião, para a definição das ações de vigilância e controle da dengue, a SMS interage com outras secretarias? Se sim, quais?

11. Você participa da programação dos recursos para a vigilância da dengue?

12. Você tem conhecimento dos recursos do TFVS para o município? Valor do repasse mensal? E da contrapartida? Se sim, qual o valor aproximado?

13. Você tem conhecimento das diretrizes para aplicação do TFVS? Tem noção do valor aplicado nas ações da dengue? Se sim, qual o valor aproximado?

C. Capacidade de Governo

1. Em sua opinião o CMS é atuante?

2. Se existe plano municipal de controle da dengue ou plano de contingência, foi discutido e aprovado pelo CMS?

3. Em sua opinião o CMS tem o apoio do Secretário Municipal de Saúde e suas resoluções são acatadas pelo executivo?

4. Você sabe informar se já foram apresentadas propostas sobre o PCD no Conselho? Em caso positivo, as deliberações propostas pelo CMS foram implementadas?

5. Na gestão atual, foi realizada Conferência Municipal de Saúde? Você participou?

6. Qual o papel da ouvidoria em relação ao programa?

D. Governabilidade

1. Em sua opinião, a SMS possui autonomia para definição de necessidades financeiras? Se não, sabe quem define?
2. Em sua opinião, a SMS possui autonomia para aplicação dos recursos financeiros? Se não, sabe quem aplica?
3. Você percebe o secretário de saúde como ordenador de despesas referentes à execução dos recursos específicos da saúde? Se não, sabe quem é?
4. Em sua opinião, a SMS tem apoio do legislativo, da sociedade civil organizada e das Forças Armadas quanto à organização das ações de combate à dengue?
5. Como você define a relação da SMS com as outras secretarias do município? Existe integração? Cooperação?
6. Como você define sua relação com o Secretário de Saúde?
7. Em sua opinião, a SMS desenvolve ações integradas de controle da dengue com o município do país vizinho? Você participa dessas ações? Como é?
8. Você sabe informar como é feita a troca de informações epidemiológicas com o município do país vizinho?
9. Fale um pouco da sua experiência em trabalhar na vigilância e controle da dengue em município de fronteira. Dificuldades/facilidades encontradas. Esse fato dificulta o controle da dengue?
10. Você participa do planejamento das ações do PCD? Se sim, você se sente satisfeito com esse grau de participação? Suas opiniões são levadas em consideração?
11. Em sua opinião, os trabalhadores/profissionais de saúde apoiam as propostas de organização das ações de combate à dengue? E a população?
12. Você está satisfeito com seu trabalho? Sente-se motivado para desenvolvê-lo?

E. Implantação

1. Espaço físico/mobiliário da VE (suficiente, acessível, adequado)
2. Equipamentos de informática (disponibilidade no tempo oportuno, suficientes e adequados, manutenção)
3. Meios de comunicação – telefone, internet (disponibilidade no tempo oportuno, suficientes e adequados)
4. Materiais de consumo (disponibilidade no tempo oportuno, suficientes e adequados, manutenção)
5. Meios de transporte (disponibilidade no tempo oportuno, suficientes e adequados, manutenção)
6. Normas e protocolos para vigilância da dengue (disponíveis aos profissionais em tempo oportuno). Você conhece essas normas? Você utiliza as normas e protocolos para se orientar?
7. Como é formada sua equipe? Conta com o número de profissionais adequado para a realização das atividades?
8. Existe laboratório municipal ou de referência para realização de exames de interesse da VE da dengue?
9. O município conta com o Núcleo de Vigilância Hospitalar?
10. Implantação e operacionalização do SINAN (tempo oportuno, dificuldades/facilidades encontradas)
11. Fluxo de dados para outras esferas de governo (tempo oportuno, dificuldades/facilidades encontradas);
12. Como é feita a notificação dos casos? Quem notifica? É feita a notificação de todos os casos suspeitos? Após o recebimento da ficha das unidades notificantes, quais são os procedimentos adotados?
13. Existe uma rotina de envio de material para sorologia e isolamento viral? Se sim, como é essa rotina? As coletas das amostras ocorrem em todas as unidades? Como é a amostragem?
14. O setor de VE elabora mapas/relatórios de monitoramento? Frequência? É utilizado para planejamento?
15. Existe rotina de retroalimentação de informações sobre investigação de casos junto às unidades notificadoras? Se sim, como é feita? Existem mecanismos formais ou protocolos que definam esse fluxo de informações?
16. É realizada a busca ativa dos casos graves? Como é feita? Existe rotina de investigação desses casos?
17. Investigação dos óbitos por dengue. Como é feita? É utilizado o protocolo?
18. Casos encerrados em relação aos notificados (prazo oportuno); principais dificuldades?

19. Integração ESF/vigilância unificando territórios e ACS/ACE.
20. São realizadas reuniões de planejamento das ações de controle da dengue entre a VE e a ESF?
Qual a periodicidade?
21. São realizadas ações de melhorias sanitárias domiciliares de acordo com as informações epidemiológicas divulgadas pela VE?
22. Nos últimos 02 anos setor de VE RECEBEU algum material educativo (panfletos, folders, cartazes, etc.) sobre as ações de vigilância e controle da dengue? Eram bilíngues?
23. Nos últimos 02 anos o setor de VE DISTRIBUIU material educativo (panfletos, folders, cartazes, etc.) sobre as ações de vigilância e controle da dengue, dirigido aos profissionais de saúde e à população? Eram bilíngues?
24. O setor de VE realiza atividades nas escolas ou associações comunitárias para prevenção da dengue?
25. Os técnicos em VE são capacitados em dengue?
26. São realizadas reuniões periódicas intersetoriais para avaliar os resultados das ações desenvolvidas no controle da dengue?

APÊNDICE G

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O COORDENADOR(a) MUNICIPAL DO PCD OU COORDENADOR(a) DE CONTROLE DE VETORES/ENDEMIAS

MUNICÍPIO: _____

DATA I__I__I__

A. Identificação

1. Nome:

2. Sexo: ()F ()M

3. Idade:

4. Formação:

5. Possui Pós-graduação: () sim () não

Se sim, os cursos são na área de epidemiologia, saúde pública:

a) aperfeiçoamento b) especialização c) mestrado d) doutorado

6. Cargo que ocupa:

7. Tempo que ocupa o cargo:

8. Já esteve no cargo anteriormente? Quando? Por quanto tempo?

9. Vínculo Empregatício:

Trajetória profissional: Fale um pouco sobre sua história profissional. Experiência acadêmica e profissional: experiência anterior em gestão ou coordenação de programas de saúde

B. Projeto de Governo

1. Em sua opinião, a saúde é uma prioridade no seu município? Por quê?

2. O CCV participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)?

3. Em sua opinião, o PMS é elaborado tendo como base o perfil epidemiológico e demográfico do município?

4. Em sua opinião, as propostas da Conferência são respeitadas na elaboração do PMS? Se não, por quê?

5. Existe organograma da SMS? A VS possui organograma?

6. Em sua opinião, a dengue é um problema de saúde em seu município?

7. A SMS possui plano municipal de controle da dengue?

8. Em sua opinião o PCD está incluído no conjunto de prioridades do PMS? Se não, por quê?

9. Existe coordenador específico para o PCD? A estrutura da coordenação municipal do PCD está inserida no organograma?

10. Em sua opinião, para a definição das ações de vigilância e controle da dengue, a SMS interage com outras secretarias? Se sim, quais?

11. Qual a proporção de cobertura dos ACE no município?

12. Você participa da programação dos recursos para o controle da dengue?

13. Você tem conhecimento dos recursos do TFVS para o município? Valor do repasse mensal? E da contrapartida? Se sim, qual o valor aproximado?

14. Você tem conhecimento das diretrizes para aplicação do TFVS? Tem noção do valor aplicado nas ações da dengue? Se sim, qual o valor aproximado?

C. Capacidade de Governo

1. Em sua opinião o CMS é atuante?

2. Se existe plano municipal de controle da dengue ou plano de contingência, foi discutido e aprovado pelo CMS?

3. Em sua opinião o CMS tem o apoio do Secretário Municipal de Saúde e suas resoluções são acatadas pelo executivo?

4. Você sabe informar se já foram apresentadas propostas sobre o PCD no Conselho? Em caso positivo, as deliberações propostas pelo CMS foram implementadas?

5. Na gestão atual, foi realizada Conferência Municipal de Saúde? Você participou?

6. Qual o papel da ouvidoria em relação ao programa?

D. Governabilidade

1. Em sua opinião, a SMS possui autonomia para definição de necessidades financeiras? Se não, sabe quem define?
2. Em sua opinião, a SMS possui autonomia para aplicação dos recursos financeiros? Se não, sabe quem aplica?
3. Você percebe o secretário de saúde como ordenador de despesas referentes à execução dos recursos específicos da saúde? Se não, sabe quem é?
4. Em sua opinião, a SMS tem apoio do legislativo, da sociedade civil organizada e das Forças Armadas quanto à organização das ações de combate à dengue?
5. Como você define a relação da SMS com as outras secretarias do município? Existe integração? Cooperação?
6. Como você define sua relação com o Secretário de Saúde?
7. Em sua opinião, a SMS desenvolve ações integradas de controle da dengue com o município do país vizinho? Você participa dessas ações? Como é?
8. Existe um Comitê Binacional ativo?
9. Você sabe informar como é feita a troca de informações sobre a dengue com o município do país vizinho?
10. Fale um pouco da sua experiência em trabalhar no PCD em município de fronteira. Dificuldades/facilidades encontradas. Esse fato dificulta o controle da dengue?
11. Você participa do planejamento das ações do PCD? Se sim, você sente-se satisfeito com esse grau de participação? Suas opiniões são levadas em consideração?
12. Em sua opinião, os trabalhadores/profissionais de saúde apoiam as propostas de organização das ações de combate à dengue? E a população?
13. Você está satisfeito com seu trabalho? Sente-se motivado para desenvolvê-lo?

E. Implantação

1. Espaço físico/mobiliário (suficiente, acessível, adequado)
2. Equipamentos de informática (disponibilidade no tempo oportuno, suficientes e adequados, manutenção)
3. Meios de comunicação – telefone, internet (disponibilidade no tempo oportuno, suficientes e adequados)
4. Equipamentos e insumos para a realização das ações de combate ao vetor (disponibilidade no tempo oportuno, suficientes e adequados, manutenção)
5. Número de veículos em operação de campo no PCD (disponibilidade no tempo oportuno, suficientes e adequados, manutenção)
6. Normas e protocolos para ações de combate ao vetor (disponíveis aos profissionais em tempo oportuno). Você conhece essas normas? Você utiliza as normas e protocolos para se orientar?
7. Como é formada sua equipe? Conta com o número de profissionais adequado para a realização das atividades?
8. Foi implantada no município a Sala de Situação? Se sim, como funciona?
9. Existe laboratório entomológico no município? É adequado? Se não, para onde são enviadas as amostras?
10. Existe, no município, Plano de Contingência para atendimento dos casos graves de dengue? Se sim, foi aprovado pelo CMS? Já foi colocado em prática?
11. Implantação e operacionalização do SisPNCD (tempo oportuno, dificuldades/facilidades encontradas)
12. Fluxo de dados para outras esferas de governo (tempo oportuno, dificuldades/facilidades encontradas).
13. Como são realizados os ciclos e as inspeções nos imóveis? (periodicidade, dificuldades/facilidades encontradas, porcentagem de imóveis visitados).
14. É realizada ações nos pontos estratégicos? Como é feita? (periodicidade, dificuldades/facilidades encontradas)
15. É realizado o bloqueio de casos? Existe uma equipe específica para essa função? Como é feito?
16. Sua opinião sobre o LIRAA (implantação, operacionalização, dificuldades, vantagens).
17. Os dados do LIRAA são usados para direcionar as ações de combate ao vetor?

18. Nos últimos 2 anos a SMS realizou mutirões de limpeza urbana? Se sim, quantos? Como é feito? Quais setores são envolvidos?
19. A SMS promove ações de controle vetorial com o município do país vizinho? Se sim, como são essas ações?
20. Integração Controle de Vetores/ESF/vigilância unificando territórios e ACE/ACS. (Unificação da base geográfica?)
21. São realizadas reuniões de planejamento das ações de controle da dengue entre Controle de Vetores, a VE e a ESF? Qual a periodicidade?
22. São realizadas ações de melhorias sanitárias domiciliares de acordo com as informações entomológicas divulgadas pelo Controle de Vetores?
23. Existe no município Comitê de mobilização implantado e funcionando de forma adequada?
24. Existe Plano municipal de mobilização implantado?
25. Foi realizada alguma Campanha Educacional para Prevenção e Controle da dengue direcionada a rede de ensino local? Se sim, em toda rede? Qual a periodicidade dessas campanhas?
26. A mídia é informada permanentemente, por meio de comunicados ou notas técnicas, quanto à situação da dengue no município? Em sua opinião a mídia apoia a SMS no combate à dengue?
27. Nos últimos 02 anos setor RECEBEU algum material educativo (panfletos, folders, cartazes, etc.) sobre as ações de controle da dengue? Eram bilíngues?
28. Nos últimos 02 anos o setor DISTRIBUIU material educativo (panfletos, folders, cartazes, etc.) sobre as ações de controle da dengue, dirigido aos profissionais de saúde e à população? Eram bilíngues?
29. O município organiza o Dia Nacional de Mobilização contra a dengue?
30. Como é a forma de capacitação (atualização técnica) de recursos humano (contínua/espórádica)? Os ACE foram capacitados em dengue? Os técnicos de comunicação e mobilização social foram capacitados?
31. Existência da legislação de suporte e parcerias para aplicação.
32. Realização de reuniões com prefeito e secretários municipais para apresentação do PCD e obtenção da prioridade política continuamente.
33. Sobre a supervisão das atividades de campo (tempo oportuno, suficiente e adequada).
34. Reuniões dos supervisores com os ACE (frequência).
35. O município conta com Comitê de acompanhamento e avaliação implantado e funcionando de forma adequada?
36. São realizadas reuniões periódicas intersetoriais para avaliar os resultados das ações desenvolvidas no controle da dengue? Se sim, qual a periodicidade dessas reuniões?
37. A SESAU promove reuniões de avaliação do PMCD? Se sim, qual a periodicidade?

APÊNDICE H

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O(A) COORDENADOR(A) DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

MUNICÍPIO: _____

DATA I__I__I__

A. Identificação

1. Nome:

2. Sexo: () F () M

3. Idade:

4. Formação:

5. Possui Pós-graduação: () sim () não

Se sim, os cursos são na área de epidemiologia, saúde pública:

a) aperfeiçoamento b) especialização c) mestrado d) doutorado

6. Cargo que ocupa:

7. Tempo que ocupa o cargo:

8. Já esteve no cargo anteriormente? Quando? Por quanto tempo?

9. Vínculo Empregatício:

Trajetória profissional: Fale um pouco sobre sua história profissional. Experiência acadêmica e profissional: experiência anterior em gestão ou coordenação de programas de saúde

B. Projeto de Governo

1. Em sua opinião, a saúde é uma prioridade no seu município? Por quê?

2. Você participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)?

3. Em sua opinião, o PMS é elaborado tendo como base o perfil epidemiológico e demográfico do município?

4. Em sua opinião, as propostas da Conferência são respeitadas na elaboração do PMS? Se não, por quê?

5. Existe organograma da SMS?

6. Em sua opinião, a dengue é um problema de saúde em seu município?

7. A SMS possui plano municipal de controle da dengue? Você conhece o PCD?

8. Em sua opinião o PCD está incluído no conjunto de prioridades do PMS? A dengue é prioridade? Se não, por quê?

9. Qual a proporção de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município?

C. Capacidade de Governo

1. Em sua opinião o CMS é representativo? Propositivo? Atuante?

2. Em sua opinião o CMS tem o apoio do Secretário Municipal de Saúde e suas resoluções são acatadas pelo executivo?

3. Na gestão atual, foi realizada Conferência Municipal de Saúde? Você participou?

4. A SMS possui sistema de ouvidoria do usuário implantado?

D. Governabilidade

1. Em sua opinião, a SMS possui autonomia para definição de necessidades financeiras? Se não, sabe quem define?

2. Em sua opinião, a SMS possui autonomia para aplicação dos recursos financeiros? Se não, sabe quem aplica?

3. Você percebe o secretário de saúde como ordenador de despesas referentes à execução dos recursos específicos da saúde? Se não, sabe quem é?

4. Em sua opinião, a SMS tem apoio do legislativo, da sociedade civil organizada e das Forças Armadas quanto à organização das ações de combate à dengue?

5. Como você define a relação da SMS com as outras secretarias do município? Existe integração? Cooperação?

6. Como você define sua relação com o Secretário de Saúde?

7. Em sua opinião, a SMS desenvolve ações integradas de saúde com o município do país vizinho? Você participa dessas ações? Como é?
8. Existe um Comitê Binacional ativo?
9. Você sabe informar como é feita a troca de informações sobre a dengue com o município do país vizinho?
10. Fale um pouco da sua experiência em trabalhar com saúde pública em município de fronteira. Dificuldades/facilidades encontradas. Esse fato dificulta o controle da dengue?
11. Você participa do planejamento das ações do PCD? Se sim, você sente-se satisfeito com esse grau de participação? Suas opiniões são levadas em consideração?
12. Em sua opinião, os trabalhadores/profissionais de saúde apoiam as propostas de organização das ações de combate à dengue? E a população?
13. Você está satisfeito com seu trabalho? Sente-se motivado para desenvolvê-lo?

E. Implantação

1. Em sua opinião, a ESF possui estrutura mínima para atendimento do paciente suspeito de dengue?
2. Os protocolos, normas e manuais relacionados à Dengue estão disponibilizados às equipes do PSF?
3. Existe, no município, Plano de Contingência para atendimento dos casos graves de dengue? Se sim, foi aprovado pelo CMS?
4. Existe, no município, sistema de regulação de leitos? Se não, como é garantido o acesso dos pacientes a outros níveis de atenção?
5. As equipes de SF recebem informações dos especialistas ou serviços especiais sobre seus pacientes referenciados? (contrarreferência)
6. Todas as ESF utilizam o sistema de classificação de risco do paciente com dengue?
7. Todas as ESF utilizam o Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue?
8. Todas as ESF notificam os casos suspeitos de dengue? Como é feita essa notificação? Quais são os instrumentos usados para isso? Existe um fluxo de informação para a VE?
9. As ESF recebem retroalimentação de informações sobre investigação de casos da VE?
10. A coordenação da Equipe de Saúde da Família realiza trabalho conjunto com a equipe de endemias do município?
11. Integração Controle de Vetores/ESF/vigilância unificando territórios e ACS/ACE. (Unificação da base geográfica?)
12. São realizadas reuniões de planejamento das ações de controle da dengue entre Controle de Vetores, a VE e a ESF? Qual a periodicidade?
13. Nos últimos 02 anos o setor distribuiu algum material educativo (panfletos, folders, cartazes, etc.) sobre as ações de controle da dengue? Eram bilíngues?
14. Como é a forma de capacitação (atualização técnica) de recursos humano (contínua/espórádica)? A sua equipe é qualificada em suas áreas de atuação? Ela foi capacitada em dengue?
15. O município conta com Comitê de acompanhamento e avaliação da dengue implantado e funcionando de forma adequada?
16. São realizadas reuniões periódicas intersetoriais para avaliar os resultados das ações desenvolvidas no PCD? Se sim, qual a periodicidade dessas reuniões?
17. A SESAU promove reuniões de avaliação do PMCD? Se sim, qual a periodicidade?

APÊNDICE I

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS
 Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PRESIDENTE OU REPRESENTANTE LEGAL DO
 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS).**

MUNICÍPIO: _____ DATA I__I__I__
 NOME DO ENTREVISTADO: _____
 FORMAÇÃO ACADÊMICA: _____
 CARGO: _____

A. Projeto de Governo

1. Quanto tempo exerce esse cargo?
2. Já esteve no cargo anteriormente? Quando? Por quanto tempo?
3. Em sua opinião, a saúde é uma prioridade no seu município? Por quê?
4. O CMS participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)?
5. Em sua opinião, o PMS é elaborado tendo como base o perfil epidemiológico e demográfico do município?
6. Em sua opinião, as propostas da Conferência são respeitadas na elaboração do PMS? Se não, por quê?
7. Você conhece o PCD?
8. Em sua opinião o PCD está incluído no conjunto de prioridades do PMS? Se não, por quê?
9. O(a) Sr(a) sabe informar se o PMS passa pelo CMS para parecer e aprovação? Se não, por quê?

B. Capacidade de Governo

1. Você recebeu capacitação para exercer a função de conselheiro? O(a) Sr(a) sabe informar se os outros conselheiros também receberam?
2. Em sua opinião o CMS é atuante?
3. O CMS se reúne regularmente?
3. O(a) Sr(a) sabe relacionar quais as funções que o CMS exerce em seu município? (tem capacidade de decisão política; define as prioridades de saúde da administração municipal; possui estratégias de acompanhamento dos trabalhos da SMS; fiscaliza a gestão do fundo municipal de saúde; aprova critérios e programação físico-orçamentária).
4. Em sua opinião o CMS tem o apoio do Secretário Municipal de Saúde e suas resoluções são acatadas pelo executivo?
5. O(a) Sr(a) sabe informar se já foram apresentadas propostas sobre o PCD no Conselho? Em caso positivo, as deliberações propostas pelo CMS foram implementadas?

C. Governabilidade

1. Em sua opinião, o CMS entende que a SMS possui autonomia para definição de necessidades financeiras? Se não, sabe quem define?
2. Em sua opinião, o CMS entende que a SMS possui autonomia para aplicação dos recursos financeiros? Se não, sabe quem aplica?
3. Em sua opinião, o CMS percebe o secretário de saúde como ordenador de despesas referentes à execução dos recursos específicos da saúde? Se não, sabe quem é?
4. Em sua opinião, o CMS percebe que a SMS tem apoio do legislativo, da sociedade civil organizada e das Forças Armadas quanto à organização das ações de combate à dengue?
5. Em sua opinião, a SMS desenvolve ações integradas de controle da dengue com o município do país vizinho?
6. Em sua opinião, o fato de seu município ser um município fronteiro dificulta o controle da Dengue? Por que?
7. Em sua opinião, os trabalhadores/profissionais de saúde apoiam as propostas de organização das ações de combate à dengue? E a população?

APÊNDICE J
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS
Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES COM OS TÉCNICOS
DA VE

MUNICÍPIO: _____

DATA I__I__I__

1. Escolaridade: _____ Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

2. Há quanto tempo trabalha na VE?

() menos de 6 meses () de 6 meses a 1 ano () de 1 a 2 anos () acima de 2 anos

3. Tipo de vínculo empregatício:

() concursado SMS

() contratado SMS

() contratado por empresa terceirizada

() outra forma (especificar).....

4. Se contratado, qual o período de duração do contrato:

() 6 meses () 1 ano () 2 anos () por tempo indeterminado

5. Se contratado, qual a forma de seleção:

() prova escrita () entrevista () prova escrita e entrevista

() indicação política () outra forma (especificar).....

6. O setor de VE possui espaço próprio?

() Sim () Não

7. O espaço e o mobiliário disponíveis são suficientes para toda a equipe?

() Sim () Não

8. Considera que o espaço é adequado para a realização das atividades?

() Sim () Não

9. Quais recursos materiais citados a seguir o setor possui?

Pontos de acesso à internet	Quantos?		Impressora	Quantos?	
Aparelho de fax exclusivo	Quantos?		Scanner	Quantos?	
Linha telefônica exclusiva	Quantos?		Pen-drive	Quantos?	
Computador	Quantos?		Material de escritório (papel, tinta, envelopes, pastas etc)		

10. Acha que o setor possui recursos materiais suficientes para o desenvolvimento das atividades?

() Sim () Não

10.1. Se não, o quê é insuficiente?

.....

.....

11. O setor de VE do nível central é composto por quantos técnicos?

Nível superior _____ Nível médio _____ Nível fundamental _____

12. Considera que o quantitativo de técnicos é suficiente?

() Sim () Não

12.1. Se não, de qual nível é insuficiente?

.....

.....

13. A saúde é uma prioridade no município onde você atua?

() Sim () Não

Por quê?

.....

.....

.....

14. A Dengue é um problema de saúde em seu município?

() Sim () Não

15. A Dengue é uma prioridade de saúde em seu município?

Sim Não

16. Você sabe o que é o Programa Nacional de Controle da Dengue?

Sim Não

17. Você conhece as normas e protocolos relacionados à VE da Dengue editados pelo Ministério da Saúde?

Sim Não

17.1. O setor de VE disponibiliza essas e outras normas e protocolos para toda a equipe?

Sim Não

18. Você participa do planejamento das ações de VE da Dengue?

Sim Não

18.1. Se sim, você se sente satisfeito com este grau de participação?

Muito insatisfeito Insatisfeito Indiferente Satisfeito Muito satisfeito

19. Você acha que suas opiniões são levadas em consideração?

Nunca Raramente Mais ou menos Frequentemente Sempre

20. Nos últimos dois anos recebeu algum treinamento sobre Dengue?

Sim Não

20.1. Se sim, quantos treinamentos foram realizados?

20.2. Qual(is) foi(ram) a(s) instituição(ões) responsável(is)?

.....

21. Existem reuniões ao longo do ano para monitoramento das ações de VE da Dengue?

Sim Não

21.1. Se sim, qual a frequência dessas reuniões?

semanal quinzenal mensal

22. O setor de VE utiliza o SINAN como único sistema de informação de notificação de casos de Dengue?

sim não

23. O setor de VE notifica todos os casos suspeitos de Dengue?

sim não

24. Existe rotina de envio de material para sorologia?

sim não

24.1. Se sim, como é essa rotina?

.....

25. Existe rotina de envio de material para isolamento viral?

sim não

25.1. Se sim, como é essa rotina?

.....

26. O setor de VE realiza busca ativa de casos graves?

sim não

27. Existe rotina de investigação de casos graves?

sim não

28. O setor de VE investiga todos os óbitos suspeitos de Dengue, usando o protocolo de investigação de óbitos?

sim não

29. Existe rotina de retroalimentação de informações sobre investigação de casos junto às unidades notificadoras?

sim não

30. O setor de VE produz mapas de monitoramento da Dengue com identificação de áreas de risco de forma oportuna?

sim não

31. Em sua opinião, o fato de seu município ser um município fronteiro dificulta o controle da Dengue?

Sim Não
Por quê?

.....
.....
.....

32. Em geral, você se sente satisfeito com seu trabalho?

Muito insatisfeito Insatisfeito Indiferente Satisfeito Muito satisfeito

33. Como você classifica sua motivação para o desenvolvimento das ações de VE da Dengue?

Muito desmotivado Desmotivado Indiferente Motivado Muito motivado

MUITO OBRIGADA!!!!

APÊNDICE K

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste

**QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES COM OS AGENTES
DE CONTROLE DE ENDEMIAS – ACE**

MUNICÍPIO: _____

DATA I__I__I__

1. Escolaridade: _____ Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

2. Há quanto tempo é ACE?

() menos de 6 meses () de 6 meses a 1 ano () de 1 a 2 anos () acima de 2 anos

3. Há quanto tempo atua na zona atual de trabalho?

() menos de 6 meses () de 6 meses a 1 ano () de 1 a 2 anos () acima de 2 anos

4. Tipo de vínculo empregatício:

() concursado SMS

() concursado FUNASA

() contratado SMS

() contratado por empresa terceirizada

5. Se contratado, qual o período de duração do contrato:

() 6 meses () 1 ano () 2 anos () por tempo indeterminado

6. Se contratado, qual a forma de seleção:

() prova escrita () entrevista () prova escrita e entrevista

() indicação política () outra forma (especificar).....

7. A saúde é uma prioridade no município onde você atua?

() Sim () Não

Por quê?

.....

.....

.....

8. A Dengue é um problema de saúde em seu município?

() Sim () Não

9. A Dengue é uma prioridade de saúde em seu município?

() Sim () Não

10. Você sabe o que é o Programa Nacional de Controle da Dengue?

() Sim () Não

11. Você conhece o “Manual de Normas Técnicas para o Controle da Dengue” editado pelo Ministério da Saúde?

() Sim () Não

11.1. Esse manual ou outras normas e protocolos relacionados à Dengue estão disponibilizados à equipe?

() Sim () Não

12. Você participa do planejamento das ações de controle da Dengue?

() Sim () Não

12.1. Se sim, você se sente satisfeito com este grau de participação?

() Muito insatisfeito () Insatisfeito () Indiferente () Satisfeito () Muito satisfeito

13. Você acha que suas opiniões são levadas em consideração?

() Nunca () Raramente () Frequentemente () Sempre

14. Você recebeu capacitação sobre o Programa de Controle da Dengue?

() Sim () Não

14.1. Se sim, quantas?

.....

15. Você recebe o acompanhamento do supervisor de campo?

() Sim, 1 vez na semana () Sim, a cada 15 dias () Sim, 1 vez por mês

() Sim, 2 a 3 vezes na semana () nunca foi supervisionado

-
16. Qual a média de imóveis que você visita em cada ciclo?
 menos de 800 de 800 a 1.000 de 1.000 a 1.200 acima de 1.200
-
17. O supervisor orienta e/ou ajuda na solução de problemas ou dificuldades?
 Sim Não Não faz diferença
-
18. O LIRAA (Levantamento de índice rápido de Aedes Aegypti) está implantado?
 Sim Não
-
19. Qual a frequência das reuniões para avaliação das ações com supervisores de campo ou de área?
 semanal quinzenal mensal nunca ocorre
-
20. As áreas de trabalho dos ACE são semelhantes às dos ACS?
 Sim Não
-
21. É realizada alguma ação de controle ou prevenção da dengue em conjunto com a equipe do PSF?
 Sim Não
- 21.1. Em caso positivo, cite exemplos:

-
22. São realizadas reuniões entre equipe de combate ao vetor e de saúde da família?
 Sim, sem regularidade Sim, semanalmente Sim, quinzenalmente
 Sim, mensalmente Não
-
23. Você considera o número de ACE adequado para efetivação das ações do Programa de Controle da Dengue?
 Sim Não
-
24. Você considera as condições de trabalho (equipamentos, viaturas, materiais de campo) adequadas para efetivação das ações do Programa de Controle da Dengue?
 Sim, integralmente Sim, parcialmente Não
-
25. Como você avalia a participação da população do seu município nas ações de combate à dengue?
 Não participa Pouca participativa Participativa Muito participativa
-
26. São realizadas ações do Programa de Controle da Dengue em conjunto com o município do país vizinho?
 Sim Não Não tem conhecimento
- 26.1. Se sim, quais ações?

-
27. Em sua opinião, o fato de seu município ser um município fronteiro dificulta o controle da Dengue?
 Sim Não
 Por quê?

-
28. Em geral, você se sente satisfeito com seu trabalho?
 Muito insatisfeito Insatisfeito Indiferente Satisfeito Muito satisfeito
-
29. Como você classifica sua motivação para o desenvolvimento das ações de controle da Dengue?
 Muito desmotivado Desmotivado Indiferente Motivado Muito motivado
-

APÊNDICE L

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste

QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES COM OS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – ACS

MUNICÍPIO: _____

DATA I__I__I__

ESF: _____

1. Escolaridade: _____ Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

2. Há quanto tempo é ACS?

() menos de 6 meses () de 6 meses a 1 ano () de 1 a 2 anos () acima de 2 anos

3. Tipo de vínculo empregatício:

() concursado SMS () contratado SMS

() contratado por empresa terceirizada () outra forma (especificar).....

4. Se contratado, qual o período de duração do contrato:

() 6 meses () 1 ano () 2 anos () por tempo indeterminado

5. Se

contratado, qual a forma de seleção:

() prova escrita () entrevista () prova escrita e entrevista

() indicação política () outra forma (especificar).....

6. A saúde é uma prioridade no município onde você atua?

() Sim () Não

Por quê?

.....
.....
.....

7. A Dengue é um problema de saúde em seu município?

() Sim () Não

8. A Dengue é uma prioridade de saúde em seu município?

() Sim () Não

9. Você sabe o que é o Programa Nacional de Controle da Dengue?

() Sim () Não

10. Você conhece a cartilha "O Agente comunitário de Saúde no controle da dengue" editado pelo Ministério da Saúde?

() Sim () Não

10.1. Essa cartilha ou outras normas e protocolos relacionados à Dengue estão disponibilizados à equipe?

() Sim () Não

11. Você

participa do planejamento das ações de controle da Dengue?

() Sim () Não

11.1. Se sim, você se sente satisfeito com este grau de participação?

() Muito insatisfeito () Insatisfeito () Indiferente () Satisfeito () Muito satisfeito

12. Você acha que suas opiniões são levadas em consideração?

() Nunca () Raramente () Mais ou menos () Frequentemente () Sempre

13. Você recebeu capacitação sobre o Programa de Controle da Dengue?

() Sim () Não

13.1. Se sim, quantas?

14. Você recebe supervisões em campo?

() Sim, 1 vez na semana () Sim, a cada 15 dias () Sim, 1 vez por mês

() Sim, 2 a 3 vezes na semana () nunca foi supervisionado

15. Em caso afirmativo, de quem? (poderão ser assinaladas mais de uma alternativa)

- () Do enfermeiro () Do gerente da unidade () Do coordenador de endemias
 () Do supervisor de área () Outros:

16. Quantas visitas domiciliares você realiza diariamente?

- () até 8 visitas diárias () mais de 8 () não tenho uma previsão certa de quantas faço
 () faço de acordo com os problemas que identifico () outro

17. O supervisor orienta e/ou ajuda na solução de problemas ou dificuldades?

- () Sim () Não () Não faz diferença

18. Qual a frequência das reuniões para avaliação das ações com os supervisores?

- () Semanal () Quinzenal () Mensal () Nunca ocorre

19. As áreas de trabalho dos ACS são semelhantes às dos ACE?

- () Sim () Não

20. São realizadas ações de controle ou prevenção da Dengue em conjunto com os ACE?

- () Sim () Não

20.1. Em caso positivo, cite exemplos:.....

.....

21. São realizadas reuniões entre equipe de saúde da família e de combate ao vetor?

- () Sim, sem regularidade () Sim, semanalmente () Sim, quinzenalmente () Sim, mensalmente () Não

22. Em sua opinião, o fato de seu município ser um município fronteiro dificulta o controle da Dengue?

- () Sim () Não

Por quê?

.....

23. Como você avalia a participação da população do seu município nas ações de combate à dengue?

- () Não participa () Pouca participativa () Participativa () Muito participativa

24. Em geral, você se sente satisfeito com seu trabalho?

- () Muito insatisfeito () Insatisfeito () Indiferente () Satisfeito () Muito satisfeito

25. Como você classifica sua motivação para o desenvolvimento das ações de controle da Dengue?

- () Muito desmotivado () Desmotivado () Indiferente () Motivado () Muito motivado

26. Qual sua opinião sobre o ACS trabalhar no Programa de Controle da Dengue? (poderão ser assinaladas mais de uma resposta).

- () Não é nossa tarefa, pois tem o ACE pra fazer isso
 () deveríamos receber mais por fazer essa atividade
 () já está incorporado na nossa rotina de trabalho
 () outra opção.....

APÊNDICE M

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste

QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES COM MÉDICOS E
ENFERMEIROS DA ESF

MUNICÍPIO: _____

DATA I__I__I__

ESF: _____

1. Formação Profissional: () Médico () Enfermeiro Idade: Sexo: () Masculino () Feminino

2. Especialidade:.....

3. Há quanto tempo trabalha na ESF?

() 6 meses a 1 ano () de 1 a 2 anos () de 2 a 3 anos () acima de 3 anos

4. Tipo de vínculo empregatício:

() concursado SMS () outros:.....

() contratado SMS

5. A saúde é uma prioridade no município onde você atua?

() Sim () Não

Por quê?

.....

6. A Dengue é um problema de saúde em seu município?

() Sim () Não

7. A Dengue é uma prioridade de saúde em seu município?

() Sim () Não

8. Você sabe o que é o Programa Nacional de Controle da Dengue?

() Sim () Não

9. Você conhece o protocolo "Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança - 2016" editado pelo Ministério da Saúde?

() Sim () Não

9.1. Se sim, você utiliza esse protocolo?

() Sim () Não

9.2. Esse protocolo ou outras normas e manuais relacionados à Dengue estão disponibilizados à equipe?

() Sim () Não

10. Você recebeu treinamento ou capacitação para atender pacientes com dengue?

() Sim () Não

10.1. Se sim, quando?

11. Em relação ao espaço físico, quais ambientes sua unidade de saúde dispõe?

Recepção e registro do paciente	Sala de reidratação oral (ou um espaço adequado)
Espaço para acolhimento/triagem/preparo	Espaço físico para observação dos pacientes
Espaço para espera	Banheiros
Consultório (s)	

12. Você considera o espaço físico adequado para o atendimento aos pacientes?

() Sim () Não

13. Em sua opinião, os materiais de consumo e os equipamentos de sua unidade de saúde são suficientes para o bom desempenho das atividades?

() Sim () Não

13.1. Se não, o que falta?

14. Sua unidade de saúde conta com os medicamentos básicos para atendimento do paciente com suspeita de dengue (Sais de Reidratação Oral; Dipirona (gotas e comprimidos); Paracetamol (gotas e comprimidos); Soro fisiológico a 0,9%)?

Sim Não Não sei

14.1. Se não, qual(is) falta (m)?

15. A sua equipe dispõe de exames laboratoriais disponíveis em quantidade e quando necessários para atendimento do paciente com suspeita de dengue?

Sim Não Não sei

16. Existe, no município, Plano de Contingência para atendimento dos casos graves de dengue?

Sim Não Não sei

17. Existe, no município, sistema de regulação de leitos?

Sim Não Não sei

17.1 Se não, como é garantido o acesso dos pacientes a outros níveis de atenção?.....

.....

18. Você recebe informações dos especialistas ou serviços especiais sobre seus pacientes referenciados? (contrarreferência).

Em todos os casos Na maioria dos casos Em alguns casos Nunca

19. A sua unidade de saúde utiliza o sistema de classificação de risco do paciente com dengue?

Sim Não Não sei

20. A sua unidade de saúde realiza prova do laço nos serviços de triagem?

Sim Não Não sei

21. A sua unidade de saúde utiliza o Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue?

Sim Não Não sei

22. A sua unidade de saúde notifica os casos suspeitos de dengue?

Sim Não Não sei

22.1. Se sim, existe um fluxo de informação para a vigilância epidemiológica?

Sim, diariamente Sim, semanalmente Sim, quinzenalmente Sim, mensalmente Não Não sei

23. A sua unidade de saúde recebe retroalimentação de informações sobre investigação de casos da VE?

Sim Não Não sei

24. As áreas de trabalho dos ACS são semelhantes às dos ACE?

Sim Não Não sei

25. É realizada alguma ação de controle ou prevenção da dengue em conjunto com a equipe de controle de vetores?

Sim Não Não sei

25.1. Em caso positivo, cite exemplos:.....

.....

26. Sua equipe de ESF participa de reuniões para definir estratégias, indicadores e ações relacionadas ao controle e prevenção da dengue?

Sim, sem regularidade Sim, semanalmente Sim, quinzenalmente

Sim, mensalmente Não

27. Em sua opinião, o fato de seu município ser um município fronteiro dificulta o controle da Dengue?

Sim Não

Por quê?

.....

28. Em sua opinião, os trabalhadores/profissionais de saúde apoiam as propostas de organização das ações de combate à dengue?

Sim Não Não sei

29. Como você avalia a participação da população do seu município nas ações de combate à dengue?

Não participa Pouca participativa Participativa Muito participativa

30. Você sente-se participante do processo de gestão?

Sim Não

31. Em geral, você sente-se satisfeito com seu trabalho?

Muito insatisfeito Insatisfeito Indiferente Satisfeito Muito satisfeito

32. Como você classifica sua motivação para o desenvolvimento do seu trabalho?

Muito desmotivado Desmotivado Indiferente Motivado Muito motivado

33. Considerando seu país de origem, que diferenças você percebe no controle e combate à dengue? (+ médicos)

APÊNDICE N

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste

QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES COM MÉDICOS E
ENFERMEIROS DO HOSPITAL

MUNICÍPIO: _____

DATA I__I__I__

UNIDADE DE SAÚDE: _____

1. Formação Profissional: () Médico () Enfermeiro Idade: Sexo: () Masculino () Feminino

2. Especialidade:.....

3. Há quanto tempo trabalha no hospital?

() 6 meses a 1 ano () de 1 a 2 anos () de 2 a 3 anos () acima de 3 anos

4. Tipo de vínculo empregatício:

() concursado SMS () outros:.....

() contratado SMS _____

5. A saúde é uma prioridade no município onde você atua?

() Sim () Não

Por quê?

.....

.....

6. A Dengue é um problema de saúde em seu município?

() Sim () Não

7. A Dengue é uma prioridade de saúde em seu município?

() Sim () Não

8. Você sabe o que é o Programa Nacional de Controle da Dengue?

() Sim () Não

9. Você conhece o protocolo "Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança - 2016" editado pelo Ministério da Saúde?

() Sim () Não

9.1. Se sim, você utiliza esse protocolo?

() Sim () Não

9.2. Esse protocolo ou outras normas e manuais relacionados à Dengue estão disponibilizados à equipe?

() Sim () Não

10. Você recebeu treinamento ou capacitação para atender pacientes com dengue?

() Sim () Não

10.1. Se sim, quando?

11. Você considera o espaço físico adequado para o atendimento aos pacientes?

() Sim () Não

12. Em sua opinião, os materiais de consumo e os equipamentos de sua unidade de saúde são suficientes para o bom desempenho das atividades?

() Sim () Não

12.1. Se não, o que falta?

13. O hospital conta com os medicamentos básicos para atendimento do paciente com suspeita de dengue (Sais de Reidratação Oral; Dipirona (gota, comprimido e injetável); Paracetamol (gotas e comprimidos); Soro fisiológico a 0,9%)?

() Sim () Não () Não sei

13.1. Se não, qual(is) falta(m)?

14. O hospital dispõe de exames laboratoriais disponíveis em quantidade e quando necessários para atendimento do paciente com suspeita de dengue?

() Sim () Não () Não sei

15. Existe, no município, Plano de Contingência para atendimento dos casos graves de dengue?
 Sim Não Não sei
-
16. Existe, no município, sistema de regulação de leitos?
 Sim Não Não sei
 16.1 Se não, como é garantido o acesso dos pacientes a outros níveis de atenção?.....

-
17. Em sua opinião, o hospital conta com leitos suficientes em período epidêmico e interepidêmico da dengue?
 Sim Não Não sei
-
18. O hospital mantém as UBS informadas sobre os pacientes referenciados?
 (contrarreferência).
 Em todos os casos Na maioria dos casos Em alguns casos Nunca
-
19. O hospital mantém comunicação direta com a UBS para o retorno e acompanhamento dos pacientes
 (contrarreferência)?
 Em todos os casos Na maioria dos casos Em alguns casos Nunca
-
20. O hospital utiliza o sistema de classificação de risco do paciente com dengue?
 Sim Não Não sei
-
21. O hospital realiza prova do laço nos serviços de triagem?
 Sim Não Não sei
-
22. O hospital utiliza o Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue?
 Sim Não Não sei
-
23. O hospital notifica os casos suspeitos de dengue?
 Sim Não Não sei
 23.1. Se sim, existe um fluxo de informação para a vigilância epidemiológica?
 Sim, diariamente Sim, semanalmente Sim, quinzenalmente Sim, mensalmente Não Não sei
-
24. Em sua opinião, o fato de seu município ser um município fronteiro dificulta o controle da Dengue?
 Sim Não
 Por quê?
-
25. Em sua opinião, os trabalhadores/profissionais de saúde apoiam as propostas de organização das ações de combate à dengue?
 Sim Não Não sei
-
26. Você sente-se participante do processo de gestão?
 Sim Não
-
27. Em geral, você sente-se satisfeito com seu trabalho?
 Muito insatisfeito Insatisfeito Indiferente Satisfeito Muito satisfeito
-
28. Como você classifica sua motivação para o desenvolvimento do seu trabalho?
 Muito desmotivado Desmotivado Indiferente Motivado Muito motivado
-

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!

APÊNDICE O

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS
 Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
 ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA POPULAÇÃO

MUNICÍPIO: _____

DATA I__I__I__

UBS: _____

A – Leitura e assinatura do TCLE**B. Identificação**

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. Sexo: ()F ()M | 2. Idade: _____ |
| 3. Escolaridade | 4. Renda familiar |
| () Não sabe ler/escrever | () Não tem renda |
| () Alfabetizado | () Menos de 1 Salário Mínimo |
| () Fundamental Incompleto | () Entre 1 e 2 Salários Mínimos |
| () Fundamental Completo | () Mais de 2 e até 5 Salários Mínimos |
| () Médio Incompleto | () Mais de 5 e até 10 Salários Mínimos |
| () Médio Completo | () Mais de 10 Salários Mínimos |
| () Superior Incompleto | () Não sabe/Não respondeu |
| () Superior Completo | |
| () Outros: _____ | |
5. Há quanto tempo reside nesse endereço:
 () Há menos de 6 meses () De 6 meses a 1 ano () Há mais de 1 ano

C. Sobre as condições de habitação:

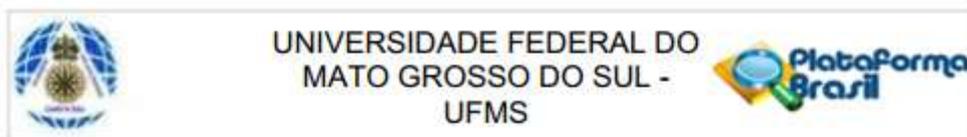
1. Na sua casa tem água encanada?
 () sim () não
- 1.1. Se sim, há fornecimento contínuo?
 () sim () não
2. Você armazena água em casa?
 () sim () não
- 2.2. Se sim, onde?.....

- 2.3. O depósito tem tampa?
 () sim () não
3. Onde você joga o esgoto sanitário na sua casa?
 () na rede pública de coleta () na fossa séptica () outros: _____
4. Onde você joga o seu lixo?
 () o caminhão da limpeza recolhe () joga na rua () joga em terreno baldio
 () queima () outro: _____
- 4.1. O caminhão do lixo passa com que frequência?
 () diariamente () 2 vezes por semana () 1 vez por semana () nunca passa

D. Questões Norteadoras

- O que é dengue?
- Quais são os sintomas da dengue?
- Você ou alguém da sua família já teve dengue? O que fizeram para tratar?
- Você sabe como pode evitar a Dengue?
- Onde você ficou sabendo dessas medidas?
- O que você tem feito para controlar o mosquito?
- O que a Unidade de saúde e a equipe de saúde têm feito?
- Em sua opinião, por que tem dengue em seu município?
- Você está satisfeito com as ações de controle da dengue desenvolvidas pela secretaria de saúde? Por quê?

ANEXO A
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE

Pesquisador: Elisangela Martins da Silva Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60116016.4.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

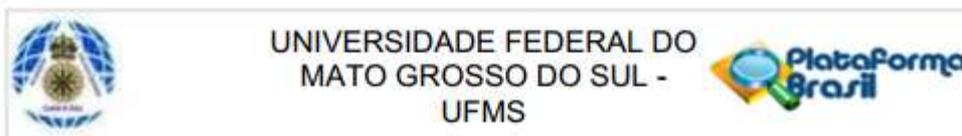
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.804.168

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de Análise do Grau de Implantação do Programa Nacional de Controle da Dengue em dois municípios fronteiriços (Corumbá e Ponta Porã). Para operacionalização da pesquisa, primeiramente serão coletadas informações junto a Gerencia da Vigilância em Saúde. O próximo passo é a elaboração dos critérios que serão utilizados para mensurar o programa. Com base no modelo lógico construído e em uma ampla revisão da literatura especializada, para cada subdimensão foram elencados critérios/indicadores. Para a validação dos critérios/indicadores propostos pela pesquisadora, foi realizada uma técnica de consenso (método Delphos) com onze especialistas, segundo a metodologia descrita por Souza et al (2005). Tais especialistas foram orientados que poderiam contribuir com outros critérios/indicadores e/ou subtrai-los quando considerado irrelevantes. A seleção dos sujeitos da pesquisa são os indivíduos interessados na avaliação que efetivamente usarão seus resultados. As técnicas a serem utilizadas nesta pesquisa compreenderão o levantamento de: a) dados primários, através das técnicas de observação direta do ambiente de trabalho, entrevistas estruturadas e de questionários estruturados complementados por questões abertas; e b) dados secundários, extraídos de documentos oficiais, relatórios ou qualquer outro tipo de informação sistemática.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 1.804.168

Esses dados serão empregados para gerar evidências que ajudem a responder as perguntas avaliativas da pesquisa. Os dados primários serão coletados a partir de entrevistas estruturadas e questionários estruturados complementados por questões abertas, que foram elaborados a partir das matrizes de informação e da literatura. Serão selecionados para as entrevistas, em cada um dos municípios casos, o secretário municipal de saúde, o gerente da vigilância em saúde, o coordenador da vigilância epidemiológica, o coordenador municipal do Programa de Controle da Dengue ou coordenador de controle de vetores/endemias, coordenador da atenção primária à saúde e o presidente do Conselho municipal de saúde. A coleta de dados com os outros usuários da avaliação (técnicos do nível central da vigilância epidemiológica, agentes de controle de endemias, agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e usuários do SUS) será realizada através da aplicação de um questionário, pela própria pesquisadora. Número de participantes: 462 (288 Corumbá e 174 Ponta Porã).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a implantação do Programa Nacional de Controle da Dengue em dois municípios fronteiriços do estado de Mato Grosso do Sul.

Objetivo Secundário:

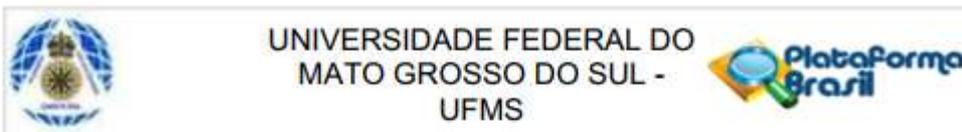
a) Estimar o grau de implantação (GI) do PNCD nos municípios fronteiriços de Corumbá e Ponta Porã/MS, por meio da avaliação normativa de estrutura e processo; b) analisar a influência dos contextos externo e político-organizacional sobre o grau de implantação das atividades do PNCD nos dois municípios fronteiriços; c) avaliar a influência da variação do grau de implantação do PNCD sobre os efeitos observados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a proponente, a pesquisa não apresenta riscos para as pessoas que serão entrevistadas.

Benefícios: os resultados obtidos com o desenvolvimento do presente trabalho pode contribuir para o debate teórico-conceitual e interpretação das diversas e diferentes abordagens sobre fronteira e políticas públicas de saúde, objetivando o fortalecimento e readequação das ações de controle da dengue desenvolvidas nos municípios fronteiriços estudados. Busca-se também, com esse estudo fornecer subsídios para a tomada de decisão no âmbito local e regional no escopo das relações internacionais com os países vizinhos.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 1.804.168

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa bem delineado, boa revisão de literatura, relevante para a saúde pública e com apresentação dos termos de autorização e roteiros das entrevistas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Itens apresentados: Folha de rosto com autorização da Instituição Proponente; Carta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Porã e de Corumbá; Carta de autorização da Santa Casa de Corumbá e do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto de Ponta Porã; Termo de Compromisso para utilização de informações de prontuários da Santa Casa de Corumbá e do Hospital Regional de Ponta Porã; Termo de Compromisso para utilização de informações de Banco de Dados (SINAN) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido aos gestores de saúde e representante do CMS; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de técnicos da vigilância epidemiológica, agente de controle de endemias, agente comunitário de saúde, médicos e enfermeiros; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos usuários.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

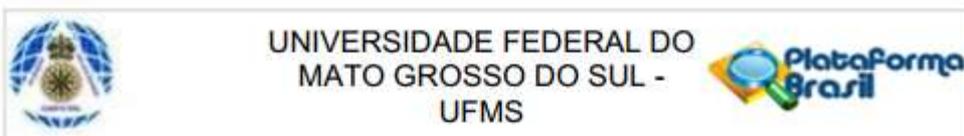
A pesquisadora atendeu as solicitações e o parecer é pela aprovação da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_725741.pdf	22/10/2016 11:54:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/10/2016 11:49:00	Elisangela Martins da Silva Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	22/10/2016 11:45:18	Elisangela Martins da Silva Costa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	04/09/2016 21:41:22	Elisangela Martins da Silva Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Ponta_Pora.pdf	11/08/2016 15:52:14	Elisangela Martins da Silva Costa	Aceito

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 1.804.168

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Corumba.pdf	11/08/2016 15:50:35	Elisangela Martins da Silva Costa	Aceito
--	-------------	------------------------	-----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 03 de Novembro de 2016

Assinado por:

PAULO ROBERTO HAIDAMUS DE OLIVEIRA BASTOS
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br

ANEXO B
AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBÁ



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CORUMBÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Gabriel Vandoni de Barros, s/n – B. Dom Bosco
Caixa Postal 30 – CEP 79.301-970
Tel: (67) 3234-3536 – Fax: (67) 3234-3532

Autorização

Prezado Senhor,

Informamos que a pesquisadora **ELISÂNGELA MARTINS DA SILVA COSTA**, está autorizada a realizar a pesquisa intitulada: **“AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE NOS MUNICÍPIOS FRONTEIROS DE MATO GROSSO DO SUL”**.

Ficou acordado que a mesma iniciará a pesquisa somente após a aprovação do Comitê de Ética, comprometendo-se a disponibilizar os resultados obtidos com essa secretaria de saúde.

Corumbá, 19 de julho de 2016.

Desiane Pires Américo Rodrigues da Silva
Secretária Municipal de Saúde de Corumbá
Portaria "P" nº. 155 de 09 de maio de 2016

ANEXO C
AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA PORÃ

Autorização



Informamos que a pesquisadora Elisângela Martins da Silva Costa está autorizada a realizar a pesquisa intitulada: "AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE NOS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DE MATO GROSSO DO SUL". Está acordado que a mesma iniciará a pesquisa somente após a autorização do Comitê de Ética, comprometendo a apresentar os resultados obtidos para esta secretaria de saúde.

Ponta Porã, 14 de julho de 2016.


Imad Ahmad Hazime
Secretário Municipal de Saúde de Ponta Porã

ANEXO D
AUTORIZAÇÃO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CORUMBÁ

CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Cristiano Ribeiro Xavier, Diretor da Santa Casa de Misericórdia de Corumbá, concordo com a realização da pesquisa intitulada: "AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE NOS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DE MATO GROSSO DO SUL" que integra a Tese de Doutorado da pesquisadora Elisângela Martins da Silva Costa, sob orientação do professor Dr Rivaldo Venâncio da Cunha, a ser realizada nesta instituição após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS.

Declaro que fui informado pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Corumbá, 02 de agosto de 2016.



Cristiano Ribeiro Xavier
Diretor da Santa Casa de Misericórdia de Corumbá

ANEXO E
AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL DR JOSÉ DE SIMONE NETTO

CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Patrícia de Oliveira, Diretora do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto de Ponta Porã/MS, concordo com a realização da pesquisa intitulada: "AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE NOS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DE MATO GROSSO DO SUL" que integra a Tese de Doutorado da pesquisadora Elisângela Martins da Silva Costa, sob orientação do professor Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha, conforme Termo de Autorização emitido em 14/07/2016 pela Secretaria Municipal de Saúde na ordem do Secretário Municipal de Saúde, a ser realizada nesta instituição após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS.

Declaro que fui informada pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

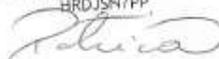
03.434.792/0001-09

**Hospital Regional
Dr José de Simone Netto**

Rua Baltazar Saldanha Nº 1501
CEP- 79.904-202 -Ponta Porã MS

Ponta Porã, 04 de agosto de 2016.

Patrícia de Oliveira
DIRETORA ADMINISTRATIVA
HRDJSN/PP



Patrícia de Oliveira

Diretora do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, Ponta Porã.