

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Avaliação da Gestão do Programa Nacional de Controle da Tuberculose

Brasília – DF
2015



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Avaliação da Gestão do Programa Nacional de Controle da Tuberculose



Brasília – DF
2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – Versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis
Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose
Setor Comercial Sul, Quadra 4, bloco A, Edifício Principal, 3º andar
CEP: 70304-000 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3213-8234
Site: www.saude.gov.br/svs
E-mail: tuberculose@saude.gov.br

Produção

Núcleo de Comunicação/GAB/SVS
Diagramação e capa: Sabrina Lopes – Nucom/SVS

Editora responsável

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790/3315-7794
Site: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial

Normalização: Luciana Cerqueira Brito
Revisão: Nágila Paiva

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.

Avaliação da Gestão do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (versão eletrônica) / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

36 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <www.saude.gov.br/bvs>.

ISBN: 978-85-334-2253-7

1. Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). 2. Doenças Transmissíveis. 3. Avaliação.
I. Título.

CDU 616-002.5

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0182

Títulos para indexação

Em inglês: National Tuberculosis Control Programme management evaluation

Em espanhol: Evaluación de la gestión del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Sumário

Sumário executivo	4
Introdução	4
Metodologia	4
Resultados	4
Lições aprendidas	5
Introdução	6
Descrição do contexto	7
Modelo teórico	10
Modelo lógico	11
Metodologia utilizada e participação dos atores-chave	13
Oficina I – Florianópolis, dezembro/2010	14
Oficina II – Brasília, janeiro/2011	15
Reunião de discussão interna do PNCT – Brasília, fevereiro/2011	18
Oficina III – Brasília, fevereiro/2011	18
Oficina IV – Brasília, maio/2011	19
Seminário Nacional de Monitoramento e Avaliação – Brasília, julho/2011	20
V Encontro Nacional da Tuberculose – Brasília, junho/2012	22
Achados e conclusões	22
Recomendações e lições aprendidas	28
Referências	31
Anexo A – Modelo do instrumento utilizado para a coleta dos indicadores na etapa da aplicação do modelo	34
Equipe técnica	35

Sumário executivo

Introdução

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) solicitou apoio técnico para o desenvolvimento do modelo teórico de avaliação do programa ao Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (Nepas), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A aplicação do modelo e a análise dos resultados, assim como a disseminação dela, foram realizadas pela equipe técnica do PNCT. O objeto de avaliação selecionado foi “a coordenação nacional do programa”. O modelo elaborado tem o objetivo de identificar fatores que possam contribuir para a melhoria da qualidade/execução das atividades que são de responsabilidade da equipe do PNCT na esfera federal.

Metodologia

O modelo de avaliação foi desenvolvido pela equipe técnica do PNCT, coordenação do Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil, membros dos comitês metropolitanos¹ com assessoria da equipe do Nepas. A metodologia adotada para desenvolvimento do modelo de avaliação foi de construção coletiva pelo conhecimento e experiência da equipe do PNCT, com discussões orientadas pela equipe do Nepas, em oficinas de trabalho. O principal objetivo do método é a apropriação do modelo pelos interessados na avaliação, além do aprendizado decorrente das discussões durante sua elaboração. Trata-se de avaliação interna, em que os atores-chaves participam ativamente do processo avaliativo.

Resultados

Foram definidas duas dimensões para o modelo de avaliação do PNCT: (1) Político-Organizacional e (2) Técnico-Operacional. Para o primeiro foram construídos quatro indicadores com 12 unidades de medida e o último sete indicadores com 15 unidades de medida, conforme quadro abaixo. Aproximadamente 65% das medidas tiveram algum grau de alcance, sendo 33% alcançadas totalmente. Na análise estratificada por dimensão de avaliação, o político-organizacional apresentou o menor percentual de alcance total (16,6%) enquanto que o técnico-operacional (46,6%).

¹ Comitês Metropolitanos – Dois representantes da Sociedade Civil e dois representantes do Governo – Um do Programa Estadual de Controle da Tuberculose e um do Programa Municipal de Controle da Tuberculose. Instâncias colegiadas de caráter consultivo e propositivo que possuem a missão de “ser um articulador entre governo e sociedade civil, buscando integração e contribuição para as políticas públicas do controle da tuberculose no país, dando visibilidade às ações de mobilização, *advocacy*, comunicação social, monitoramento e avaliação, com vistas à garantia da cidadania e defesa dos princípios e das diretrizes do SUS”.

Quadro 1 – Dimensões do modelo de avaliação

Político-organizacional 4 indicadores 12 medidas	Técnico-operacional 7 indicadores 15 medidas
Articulação intrasetorial (4 medidas)	Insumos (2 medidas)
Articulação intersetorial (3 medidas)	Suporte técnico: Normas técnicas (3 medidas); Planos (1 medida); Disseminação das tecnologias (2 medidas)
Capacidade de planejamento (4 medidas)	Monitoramento: Acompanhamento epidemiológico (2 medidas); Incorporação das práticas de M&A (3 medidas)
Visibilidade das ações (1 medida)	Pesquisa: Desenvolvimento tecnológico (2 medidas)

Fonte: Construção coletiva PNCT e Nepas/UFSC 2011.

Lições aprendidas

A discussão sobre a avaliação para a gestão do PNCT permitiu compreender melhor as atribuições da esfera nacional para o controle da doença. A elaboração do modelo de avaliação está em construção e a interlocução com áreas técnicas afins é uma estratégia importante de apoio às decisões de implementação das políticas de saúde de controle da tuberculose.

A definição de duas dimensões para a avaliação permitiu ao PNCT identificar todos os processos de inter-relação de cada um de seus componentes organizacionais, tendo em vista a transversalidade das ações existentes. A metodologia de elaboração do modelo de avaliação do PNCT, com a utilização de oficinas, permitiu aos técnicos a apropriação do processo avaliativo e, conseqüentemente, um melhor aproveitamento de seus resultados.

A prática avaliativa precisa que certo grau de institucionalização seja atingido para que se torne efetiva e produza efeitos formativos sobre a conduta da ação pública. Para o PNCT, a avaliação deve estar orientada para a ação e, portanto, criar oportunidade de aprendizado diversificado, participativo, não hierarquizado, interdisciplinar, prospectivo e democrático.

A experiência fortalecerá o processo de avaliação que a gestão do PNCT pretende fazer, além de possibilitar, com variações, a avaliação para as demais esferas de gestão dos programas de controle da tuberculose.

Introdução

Apesar de se reconhecer que existem inúmeras definições de *Avaliação*, seus contornos no campo da saúde se delimitam ao âmbito das políticas e programas sociais, consistindo fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, por meio 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 julgamentos diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas – avaliação normativa –, ou ser elaborado a partir de um procedimento científico – pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS, 1996).

O monitoramento e a avaliação das ações de Vigilância em Saúde orientam a tomada de decisões e qualificam o processo de gestão. São de responsabilidade das três esferas de gestão e devem ser realizados de forma integrada, considerando os aspectos da vigilância, promoção e atenção à saúde; com base nas prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, das programações das ações de vigilância em saúde e mais recentemente da Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde; e com metodologia acordada na Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 2011a).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), como parte da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), utiliza o Monitoramento e Avaliação (M&A) como ferramenta para a priorização de ações na esfera nacional e para o estabelecimento de políticas públicas. No entanto, na maioria das vezes, essa ferramenta instrumentaliza a esfera nacional baseada nas análises feitas em níveis governamentais diferentes (estados ou municípios), gerando dificuldades no âmbito da responsabilização da ação. Com o interesse de identificar os principais obstáculos da gestão nacional no cumprimento das suas atribuições, assim como contribuir para a melhoria dos processos de trabalho, o PNCT propôs a avaliação da gestão nacional.

Para isso, o PNCT solicitou apoio técnico à equipe do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (Nepas), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) no desenvolvimento de um modelo teórico do programa e de uma proposta metodológica de avaliação de suas ações. Os consultores do Nepas são doutores e doutorandos, com trabalhos publicados, experiência em gestão de programas governamentais, em sistemas de informações e em gerência do setor público relacionada à avaliação. Após essa fase inicial, a equipe da coordenação do PNCT foi responsável pela aplicação do modelo e pela análise dos principais resultados.

Nogueira (1998) define modelo de gestão com a administração de recursos, a formação e gestão das equipes de trabalho, a maior ou menor flexibilidade em relação às mudanças no contexto em que se opera a maneira de se relacionar com o

entorno, a maior ou menor disposição para a inovação, para a experimentação e para a participação, entre outros fatores.

Em princípio, em um modelo racional de decisão, o padrão normativo e o marco analítico expressam o conteúdo do projeto ou política e, a partir dele, seriam definidos os modelos de organização e de gestão. Decorre daí que, dependendo do conteúdo e do contexto em que se inserem, as políticas, programas e projetos sociais devem se organizar e ser implementados de maneira diversa. Não existe, em abstrato, o melhor modelo de organização e de gestão, nem a melhor estratégia de implementação para todas as situações.

Nogueira (1998) propõe uma tipologia de projetos que permite discutir de maneira mais informada e menos genérica a relação entre esses componentes. A avaliação deve enfrentar desafios diferentes e servir a propósitos um tanto distintos, dependendo do tipo de intervenção a que serve.

Nesse documento serão apresentados o modelo teórico de funcionamento do PNCT, o modelo lógico, o modelo de avaliação proposto para o programa, a metodologia empregada, os principais achados e as recomendações resultantes da aplicação do modelo.

Descrição do contexto

Epidemiológico

Dentre os principais indicadores internacionais utilizados para acompanhar o comportamento da epidemia no mundo estão a taxa de incidência, a taxa de mortalidade e a taxa de cura (ou sucesso de tratamento) dos casos acometidos pela doença. Embora a taxa de incidência e a de mortalidade por tuberculose estejam diminuindo no Brasil, quando comparamos os valores de 2011 aos de 1990, 51,8 para 37,1 e 5,0 para 2,5 respectivamente, a proporção de casos curados se mantém constante ao longo dos anos, em torno de 73%.

Muitos esforços têm sido feitos ao longo dos últimos anos para atingir as metas globais de controle da tuberculose (TB). A política de controle da doença recomendada pela OMS é a *STOP TB Strategy*, que se constitui num conjunto de recomendações com todos os componentes indispensáveis para o desempenho adequado das ações programáticas no controle da tuberculose. A estratégia inclui: a expansão do tratamento diretamente observado (TDO) com qualidade; o controle da coinfeção TB/HIV, da TB resistente e da infecção em populações vulneráveis; a contribuição para o fortalecimento do sistema da saúde; o envolvimento de todos os profissionais de saúde; o empoderamento dos afetados pela TB e suas comunidades; e o apoio à realização de pesquisas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Dois principais alvos da estratégia recomendada pela OMS foram baseados em estudos conduzidos por Styblo e são estas pesquisas que apontam as metas de taxa de detecção de casos e proporção de cura do tratamento. A OMS adotou como metas

uma taxa de detecção de casos novos bacilíferos de 70% e uma taxa de cura de 85% dos casos novos até o ano 2000 (DYE et al., 2013; STYBLO, 1985).

Desde então, uma série de fatores que podem interferir nas tendências das taxas de incidência entraram em cena, como a coinfeção TB/HIV, as populações vulneráveis e os determinantes sociais.

No Brasil, uma série de ações programáticas de saúde é desenvolvida nesse sentido. A tuberculose é uma prioridade do governo federal desde 2003, sendo uma das cinco doenças prioritárias do Ministério da Saúde. Está presente em diferentes instrumentos de pactuação entre o governo federal e os estados como o Pacto pela Vida, a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Atenção Básica.

O Brasil é um país com elevados níveis endêmicos da doença, estando incluído na relação dos 22 países de mais alta carga de doença no mundo. E apesar de possuir taxas de cura abaixo das preconizadas pela OMS, para a quebra da cadeia de transmissão da doença, vem apresentando declínio sustentado e contínuo da tuberculose por uma década e meia. A incidência de tuberculose vem diminuindo em média 2,0% ao ano, desde 2002. Além dos aspectos programáticos, há de se considerar outros aspectos que possam ter contribuído para este declínio, particularmente os socioeconômicos, principalmente em países que experimentaram significativo crescimento econômico nos últimos anos.

Ao longo da última década, o Ministério da Saúde tem se empenhado em divulgar os dados de morbimortalidade de seus sistemas de informação em publicações como a série *Saúde Brasil* e as *Publicações das Experiências em Monitoramento e Avaliação da Tuberculose no Brasil*. A intenção é que a informação gerada a partir dos dados de vigilância subsidie a tomada de decisão e influencie a adoção de políticas públicas. A análise da situação de saúde da tuberculose no País incrementa o conhecimento da epidemiologia da doença e estimula os estados e municípios a usarem a informação para ação.

Muitas são as hipóteses para justificar esse comportamento, como o aumento da coinfeção TB/HIV, a detecção de casos em populações vulneráveis (população privada de liberdade, pessoas vivendo em situação de rua e indígenas). No entanto, há de se considerar o papel do estabelecimento de políticas públicas e da gestão dos programas que influenciam no comportamento da doença ao longo do tempo.

Organizacional

A coordenação do programa do controle da tuberculose é descentralizada em nível estadual e municipal no Brasil, com responsabilidades específicas para cada esfera de gestão, documentadas no *Manual de Recomendações do Programa Nacionais de Controle da Tuberculose* (BRASIL, 2011b).

Na esfera nacional, o programa é constituído de sete componentes organizacionais. As áreas de Planejamento e Orçamento, Informação Estratégica, Comunicação e Mobilização Social, Pesquisa, Desenvolvimento Humano e Institucional e Atenção à Saúde se articulam entre si e estão sob a gerência do componente de Gestão, conforme figura em seguida.

Figura 1 – Componentes organizacionais do Programa Nacional de Controle da Tuberculose em 2010 – Modelo Lógico



Fonte: Construção coletiva PNCT e Nepas/UFSC 2011.

O PNCT tem a missão de:

Coordenar os esforços nacionais e a formulação de políticas públicas e de estratégias para a redução da morbimortalidade da tuberculose no Brasil, respeitando os direitos individuais, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Dentre as atribuições da esfera nacional:

- Estabelecer normas técnicas e operacionais;
- Dar subsídios técnicos para os programas das esferas estadual e municipal;
- Promover o abastecimento ininterrupto de medicamentos;
- Subsídios financeiros pelos mecanismos de financiamento do SUS;
- Estabelecer estratégias para a descentralização das ações de controle da TB na Atenção Básica;
- Apoiar o sistema de laboratórios;
- Promover campanhas de informação à sociedade;
- Coordenar o sistema de monitoramento e avaliação, sistema de registro e de informações;
- Pactuar com estados e municípios os indicadores do Pacto pela Vida e da Programação das Ações de Vigilância em Saúde;

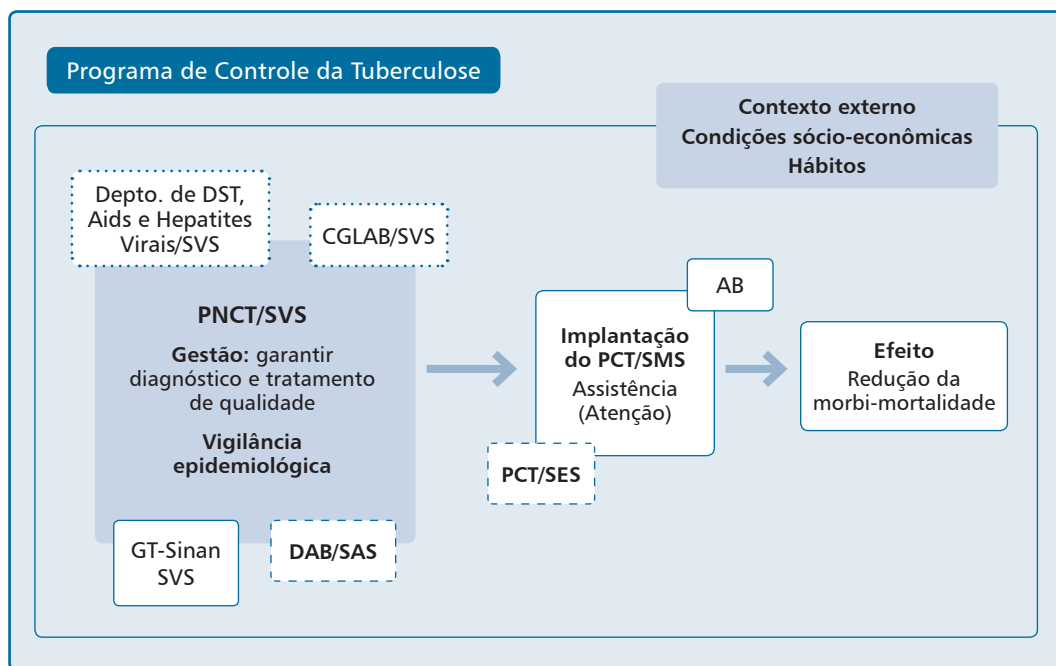
- Monitorar durante o ano a execução e o alcance de metas;
- Apoiar à sociedade civil e fortalecer o controle social;
- Apoiar pesquisas.

Modelo teórico

O Modelo Teórico do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (MTPNCT) (Figura 2) foi elaborado com base no *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil* (2011b), considerando as três instâncias do governo onde as atividades do programa se desenvolvem para atingir o efeito principal: a redução da morbimortalidade por tuberculose.

Para cumprir suas atribuições integralmente, o PNCT necessita estabelecer cooperação técnica e operacional com alguns setores no âmbito da saúde, principalmente, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (SVS), Coordenação-Geral de Laboratórios (CGLAB) e Unidade Técnica do Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (UT-Sinan), que estão na Secretaria de Vigilância em Saúde e com o Departamento da Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Além disso, a articulação com as secretarias estaduais e municipais de saúde por meio dos programas estaduais e municipais de controle da tuberculose é essencial para que as políticas públicas se desenvolvam em âmbito local.

Figura 2 – Modelo Teórico do Programa Nacional de Controle da Tuberculose



Fonte: Construção coletiva PNCT e Nepas/UFSC 2011.

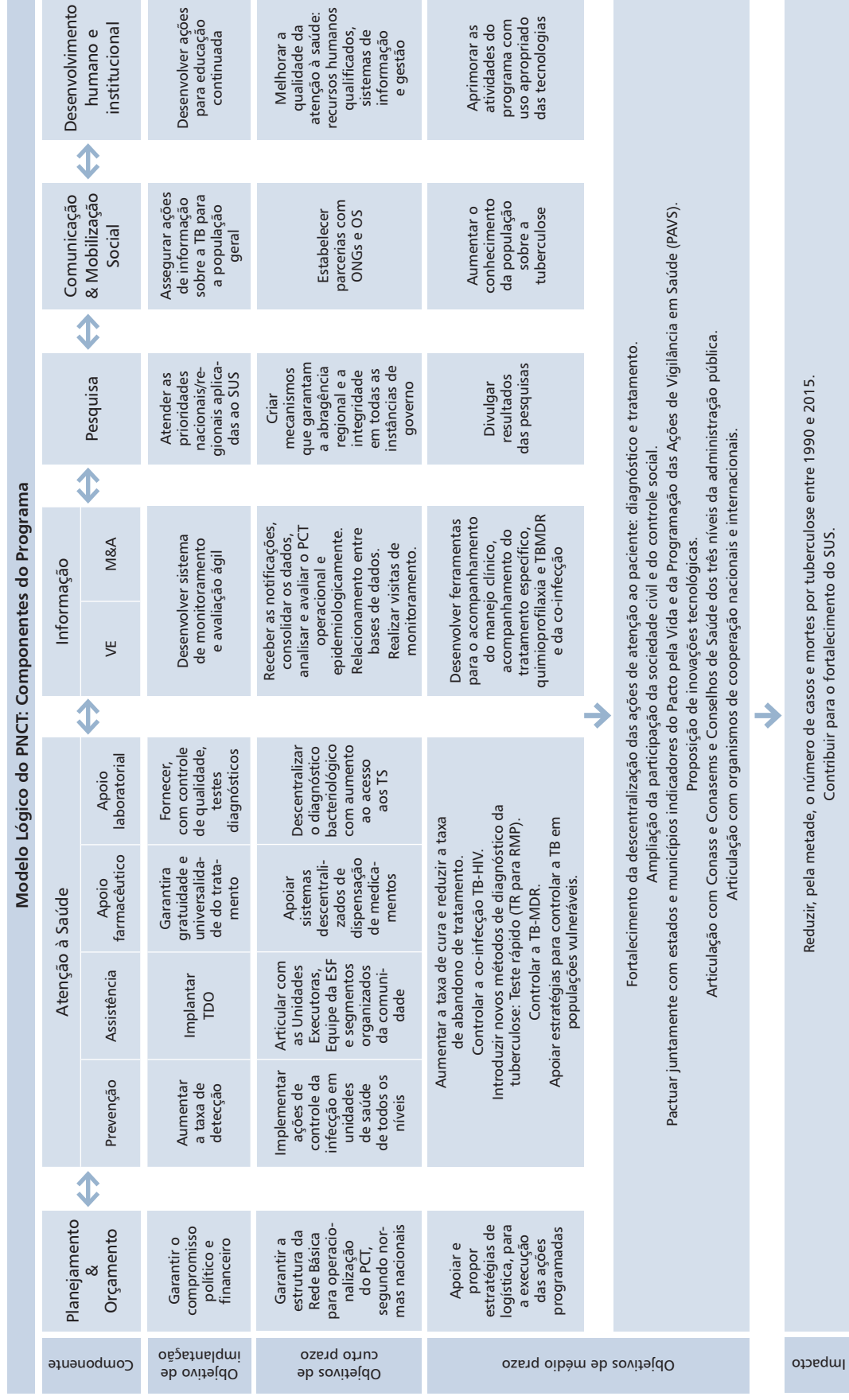
Compete à instância estadual gerenciar a execução das medidas de controle na esfera estadual, com apoio aos programas municipais, identificar, mapear e capacitar unidades básicas com ações de controle da TB e unidades de referência secundária e terciária para o controle da doença. Outras atividades são de monitoramento e avaliação, controle logístico – calcular a demanda, armazenar e controlar os medicamentos para tuberculose e insumos–, capacitar recursos humanos na área de tuberculose, articular com o Laboratório de Referência Estadual e Regional, integrar-se com os setores responsáveis pelo controle das demais doenças transmissíveis, especialmente com os Programas de DST, Aids e Hepatites Virais.

Nos municípios, a Atenção Básica executa a detecção, o diagnóstico e o tratamento da tuberculose e, uma vez que é a porta de entrada do SUS, atinge diretamente a população-alvo. Entre as atividades dos municípios estão coordenar a busca ativa de sintomáticos respiratórios, bem como supervisionar e, inclusive, participar da investigação e do controle dos contatos de pacientes bacilíferos na comunidade. Notificar ao Sinan e acompanhar os casos em tratamento, assegurar a realização dos exames diagnósticos, e participar da operacionalização do tratamento diretamente observado no município e acompanhar as medidas de controle preventivas e profiláticas. Também compete aos municípios a Vigilância Epidemiológica e articular-se com as unidades executoras, com a equipe da ESF e/ou o agente comunitário de saúde e com os segmentos organizados da comunidade, visando aperfeiçoar as ações de controle da tuberculose em todas as suas fases.

Modelo lógico

Após a identificação da estrutura organizacional do PNCT, foi elaborado o Modelo Lógico do Programa da coordenação nacional. Esse modelo foi construído com base no *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil* (2011b), identificando-se os componentes do programa. O modelo lógico do programa é um esquema visual que expõe o funcionamento do programa e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos, ou seja, como eles se articulam para resolver o problema que deu origem ao programa.

Quadro 2 – Modelo lógico do Programa Nacional de Controle da Tuberculose



Fonte: Construção coletiva PNCT e Nepas/UFSC, 2011.

Metodologia utilizada e participação dos atores-chave

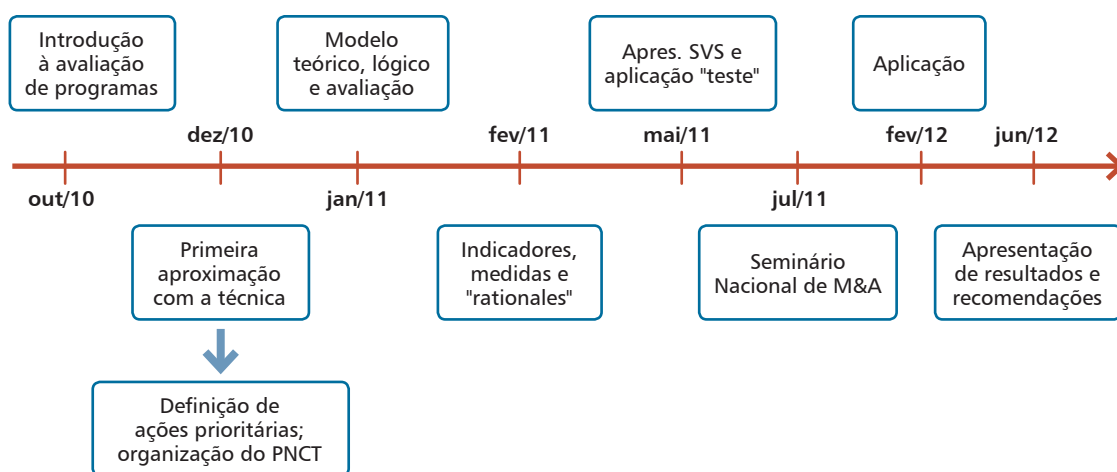
O modelo de avaliação foi desenvolvido pelos técnicos do PNCT, representantes do Fundo Global Tuberculose Brasil, representantes da Rede de Monitoramento e Avaliação compostos por membros dos comitês metropolitanos, representantes dos programas estaduais e de universidades.

O objeto de avaliação selecionado foi a *coordenação nacional do PNCT*, com a finalidade de identificar aperfeiçoamentos necessários à execução das atribuições da equipe da coordenação nacional do programa. Constitui avaliação interna o processo em que os atores-chaves participam ativamente do processo avaliativo, tanto na proposição da avaliação quanto na coleta e análise dos dados, além da participação na elaboração das recomendações. Cabe ressaltar que o principal objetivo dessa proposta é a apropriação do modelo pelos interessados na avaliação, além do aprendizado decorrente das discussões durante sua elaboração.

A coleta dos dados foi dividida entre os técnicos da equipe do PNCT, seguindo um instrumento de coleta padronizado (Anexo A), além da conferência dos meios de verificação. Esses foram consolidados posteriormente pela equipe da área de Informação Estratégica.

A metodologia adotada para desenvolvimento do modelo de avaliação foi de construção do modelo a partir do conhecimento e da experiência dos integrantes do PNCT, com discussões sempre mediadas e orientadas pela equipe do Nepas. O desenvolvimento se deu por meio de oficinas de trabalho, reunindo as equipes do PNCT e do Nepas para a construção coletiva do modelo de avaliação. A Figura 3 demonstra o intervalo de tempo para cada uma das etapas, assim como seus principais produtos.

Figura 3 – Linha do tempo das oficinas realizadas para a construção do modelo de avaliação da gestão do PNCT



Fonte: Construção coletiva PNCT e Nepas/UFSC 2011.

Com o objetivo de entender melhor as etapas do trabalho realizado, assim como documentar o processo para posterior replicação, as oficinas de trabalho serão descritas em detalhe a seguir:

Oficina I – Florianópolis, dezembro/2010

A primeira oficina de trabalho ocorreu em dezembro de 2010, em Florianópolis, reunindo alguns integrantes do PNCT, do Fundo Global e a equipe do Nepas. Essa oficina teve o objetivo de promover a primeira aproximação do grupo com a técnica de construção coletiva proposta. Iniciou com a discussão sobre os seis componentes do PNCT e a identificação de intersecções e sobreposições entre eles.

Aspectos particulares e transversais foram sugeridos, levando a conclusão de que os seis componentes administrativos do PNCT não constituíam elementos isolados de análise – ou dimensões específicas – em um modelo de avaliação. Havia, por parte dos participantes, algumas dúvidas quanto à extensão do objeto. Seria a avaliação apenas da coordenação nacional ou seria estendida aos estados e municípios?

Foram três dias de oficina, os quais permitiram a compreensão de que os seis componentes não constituiriam as dimensões de avaliação, e de que o objeto a ser avaliado era a Coordenação Nacional do PNCT – podendo esse objeto ser estendido no futuro.

O grupo definiu três dimensões para o modelo de avaliação: Gestão, Atenção e Vigilância. As ações prioritárias em cada dimensão são apresentadas no quadro que segue:

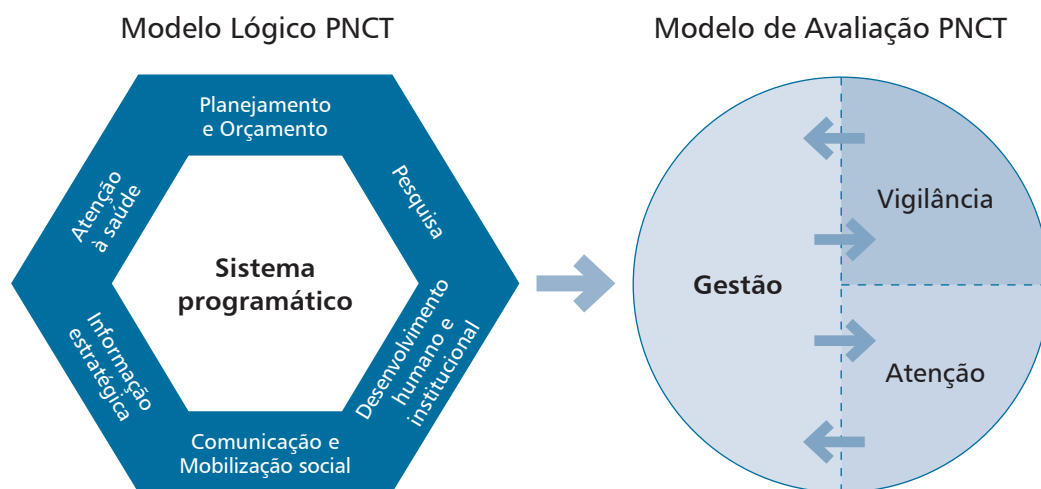
Quadro 3 – Dimensões de avaliação e ações prioritárias por dimensão

Gestão	Atenção	Vigilância
<ul style="list-style-type: none"> • Apoio logístico • Desenvolvimento humano • Ações estratégicas • Articulações intra e intersetoriais • Definições de prioridades (agenda de pesquisa) • Planejamento • Orçamento • Descentralização da assistência • Definição de diretrizes 	<ul style="list-style-type: none"> • TDO – Tratamento Diretamente Observado • Busca ativa • Medicamentos • Laboratório • Identificação e controle da coinfeção • Identificação e controle da TB-DR – Tuberculose Droga Resistente • Registro 	<ul style="list-style-type: none"> • Informação em saúde • Notificação/investigação e acompanhamento • Monitoramento e avaliação

Fonte: Construção coletiva PNCT e Nepas/UFSC 2011.

As duas figuras que seguem ilustram a relação da estrutura administrativa com essas dimensões de avaliação propostas.

Figura 4 – Proposta das dimensões de avaliação como resultado da primeira oficina



Fonte: Construção coletiva PNCT e Nepas/UFSC 2011.

Oficina II – Brasília, janeiro/2011

A oficina de janeiro teve como objetivos: dar continuidade e complementar o trabalho realizado no primeiro evento, onde os participantes eram apenas do “Componente Informação Estratégica”, para construção do Modelo de Avaliação; realizar alinhamento conceitual sobre o modelo teórico e lógico do PNCT e sobre o modelo de avaliação do PNCT; discutir o conteúdo e os pré-produtos da oficina 1 em Florianópolis; identificar as atividades, resultados esperados e metas do PNCT para elaboração da matriz avaliativa; pactuar e validar compromissos futuros: seminários e publicações. Os produtos esperados eram: definir as dimensões de avaliação do PNCT; definir indicadores e medidas para avaliação do PNCT; estruturar o Plano de trabalho para o primeiro semestre de 2011 e definir publicações.

Dessa oficina participaram todos os integrantes do PNCT e a proposta metodológica foi refazer a trajetória de construção adotada em Florianópolis para que todos passassem pela experiência de desconstrução dos componentes para construção das dimensões de avaliação. Para iniciar, a oficina de dezembro foi brevemente apresentada, seguindo-se a explanação dos vários grupos presentes sobre seus objetos de trabalho, ressaltando especificidades e objetivos.

No dia seguinte, foi realizada uma explanação teórica sobre elementos de avaliação, seguida de discussões em quatro grupos para definição das dimensões de avaliação do PNCT. Ao final do dia, os grupos chegaram ao consenso de estabelecer duas dimensões de avaliação: **Político-organizacional** e **Técnico-operacional**. A primeira é o conjunto de atividades-meio que definem diretrizes, metas e normas para o controle da tuberculose; oferece suporte administrativo, financeiro e político, incluindo a

articulação inter e intrasetorial, para ações desenvolvidas no programa. A segunda é o conjunto de atividades finalísticas que definem ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância da tuberculose; investiga e consolida os dados, produz e divulga informação para tomada de decisões.

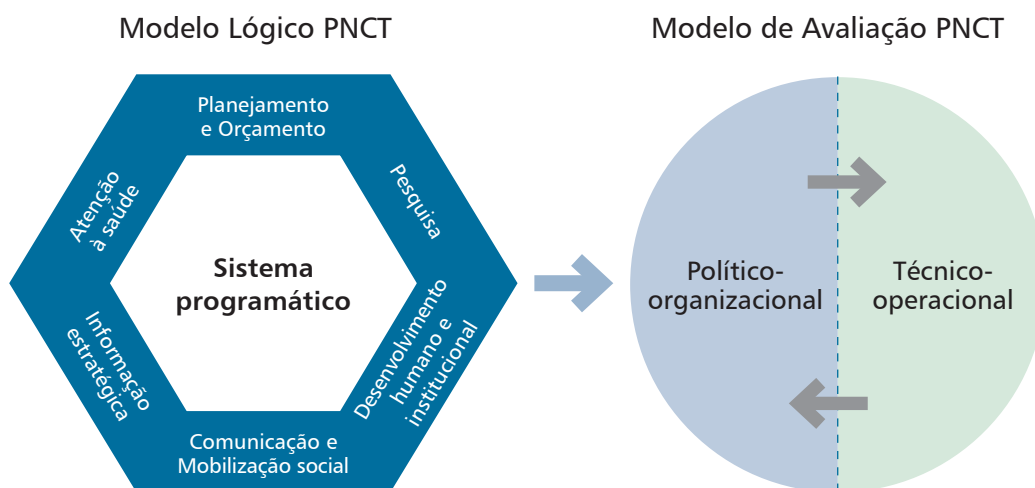
A próxima etapa foi a de construção dos indicadores para cada dimensão. Primeiramente foram elencadas as atividades de cada dimensão, como segue:

Atividades da dimensão político-organizacional: articulação com áreas do MS e áreas externas (Opas, CRPHF, FG); articulação política com áreas do Ministério da Saúde; definição da agenda prioritária para pesquisa; apoio administrativo (contratação de recursos humanos, viabilização de eventos, contratação de convênios), consolidação e alimentação de Sistemas de Informação; integração e adaptação do planejamento ao orçamento; monitoramento do orçamento previsto; organização e articulação dos planos das áreas; sistematização da execução das atividades e metas planejadas pelo PNCT e sistematização das prioridades; apoio e realização de oficinas técnicas de mobilização junto ao controle social e à esfera política; articulação para a criação e divulgação de campanhas massivas; sensibilização e articulação de lideranças comunitárias, conselhos de saúde, comitês metropolitanos, comitê gestor, Congresso Nacional, Parceria Brasileira contra a Tuberculose (*Stop TB Brasil*) e outros atores; visibilidade das ações do PNCT; apoio técnico (planejamento e metodologia) para todas as áreas nas atividades educativas; articulação do PNCT com outras áreas do MS para as ações de educação permanente.

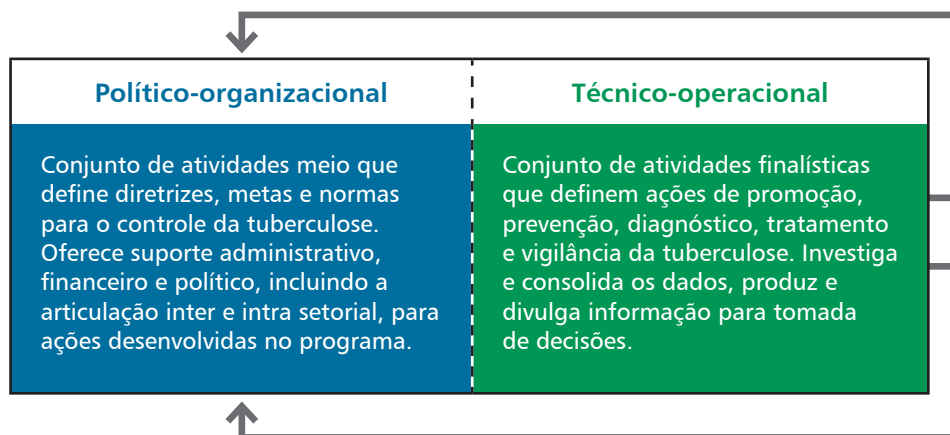
Atividades da dimensão técnico-operacional: apoio à descentralização das ações de diagnóstico, tratamento e prevenção, buscando a organização da rede de serviços/linha de cuidado; dimensionamento da necessidade de medicamentos; elaboração de planos para o controle da infecção, coinfeção, bacilos multidrogarresistentes e para as populações vulneráveis; identificação periódica dos aspectos operacionais dos laboratórios; normatização das ações de diagnóstico e tratamento; apoio e realização de capacitações de recursos humanos (técnicas e sensibilização); articulação das ações de capacitação técnica do PNCT com outras áreas do MS; articulação técnica com áreas do MS; análise sistemática e divulgação de informações epidemiológicas e operacionais; articulação com áreas do MS e com outras instâncias referentes aos Sistemas de Informação de Vigilância Epidemiológica; capacitação na área de Sistema de Informação e Monitoramento e Avaliação; expansão da rede de Monitoramento e Avaliação; monitoramento de dados do Sistema de Informação; realização de visita de monitoramento; identificação das principais lacunas de conhecimento científico; elaboração de parecer técnico sobre projetos de pesquisas e para incorporação de novas tecnologias para o SUS; identificação de novos grupos de pesquisa; promover a divulgação das pesquisas fomentadas; proposição, articulação, viabilização e acompanhamento dos projetos de pesquisa prioritários.

Depois foram identificados indicadores que permitissem avaliar as ações elencadas. Essa fase não foi concluída, uma vez que restaram várias dúvidas quanto aos indicadores mais específicos e representativos nas duas dimensões. Entretanto, o exercício permitiu que os integrantes do PNCT tivessem subsídios para discutir seus indicadores em grupos menores, para posterior agregação em outra oficina.

Figura 5 – Proposta das dimensões de avaliação como resultado da segunda oficina



Nova proposta de duas dimensões





Fonte: Construção coletiva PNCT e Nepas/UFSC 2011.

Reunião de discussão interna do PNCT – Brasília, fevereiro/2011

Na parte da manhã foram respondidas as dúvidas sobre indicadores, *rationales*² e medidas, grau de importância dos indicadores, processo e atividades, e avaliação de gestão, citando exemplos. No turno da tarde, as atividades foram para desenvolver os *rationales* dos indicadores já estabelecidos na oficina anterior e definir as medidas.

Oficina III – Brasília, fevereiro/2011

Nesta oficina foram pactuados indicadores e *rationales* para as duas dimensões de análise: Político-organizacional – com 4 indicadores; e Técnico-operacional, com 4 subdimensões e 7 indicadores.

O quadro que segue resume o modelo proposto, que será detalhado posteriormente nos resultados.

² *Rationale*: racionalidade ou justificativa de algo.

Quadro 4 – Dimensões do modelo de avaliação

Político-organizacional 4 indicadores 12 medidas	Técnico-operacional 7 indicadores 15 medidas
Articulação intrasetorial (4 medidas)	Insumos (2 medidas)
Articulação intersetorial (3 medidas)	Suporte técnico: Normas técnicas (3 medidas); Planos (1 medida); Disseminação das tecnologias (2 medidas)
Capacidade de planejamento (4 medidas)	Monitoramento: Acompanhamento epidemiológico (2 medidas); Incorporação das práticas de M&A (3 medidas)
Visibilidade das ações (1 medida)	Pesquisa: Desenvolvimento tecnológico (2 medidas)

Fonte: PNCT e Nepas/UFSC (2011).

Oficina IV – Brasília, maio/2011

Após a organização dos produtos do modelo de avaliação, o modelo foi aplicado como exercício prático para adequações e realizou-se a III Oficina de construção, com a presença dos técnicos do PNCT e PFG, consultores do Nepas/UFSC, universidade, programas da SVS (Departamento de Apoio à Gestão da Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Programa Nacional de Controle da Dengue, Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase) e representantes do Comitê Gestor da Rede M&A TB Brasil (coordenação estadual, municipal e membros da sociedade civil), com o objetivo de contribuir com sugestões para a melhoria do modelo de avaliação da gestão do PNCT e verificar similaridades entre os modelos adotados pelos outros programas o/ou departamentos.

Neste momento, o grupo definiu as fontes dos dados para os indicadores, as escalas a serem adotadas para as medidas, os critérios de consolidação e análise dos indicadores. Este momento foi secular para a organização e finalização do modelo de avaliação. Análises críticas e reflexivas, num espaço multidisciplinar e multissetorial, o que demonstra a importância da metodologia participativa na criação de oportunidade de aprendizado diversificado, não-hierarquizado, portador de sentido, interdisciplinar, válido, prospectivo e democrático.

Iniciar a discussão sobre avaliação para a gestão no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) permitiu compreender melhor as atribuições da esfera nacional para o controle da doença. O processo de elaboração do modelo de avaliação está em construção e espera-se que a interlocução de áreas técnicas afins seja uma

estratégia importante no apoio às decisões de implementação das políticas de saúde de controle da tuberculose.

A definição de duas dimensões para a avaliação permitiu ao PNCT identificar todos os processos de inter-relação de cada um de seus componentes organizacionais, tendo em vista a transversalidade das ações existentes. A metodologia de elaboração, com a utilização de oficinas, do modelo de avaliação do PNCT que está em processo de construção é importante ferramenta de absorção, por parte da equipe técnica do PNCT, dos conceitos de avaliação existentes. Esse método permite aos técnicos uma melhor apropriação de todo o processo avaliativo e, conseqüentemente, um melhor aproveitamento dos resultados.

Seminário Nacional de Monitoramento e Avaliação – Brasília, julho/2011

O modelo de avaliação da gestão do PNCT foi apresentado durante o Seminário Nacional de Monitoramento e Avaliação da Tuberculose e foi uma oportunidade para gestores, academia e sociedade civil trocarem experiências e aprendizados em relação aos mecanismos de ação de Monitoramento e Avaliação (M&A).

Estiveram presentes, nos dois dias do seminário, coordenadores estaduais e do Distrito Federal, representantes das coordenações municipais (capitais) com maior carga da doença, membros da sociedade civil que integram os Comitês Metropolitanos de Combate à Tuberculose, professores e pesquisadores de universidades, representantes do Projeto Fundo Global-Tuberculose/Brasil e convidados de áreas estratégicas do Ministério da Saúde.

No primeiro dia do seminário com a mesa “Avaliação da saúde no Brasil”, professores e pesquisadores que trabalham com o tema contribuíram ao mostrar as atividades que desenvolvem, na aproximação da temática da gestão com a avaliação e realizaram um balanço histórico dos estudos e ações de M&A em saúde, no Brasil, nos últimos dez anos. Foi um momento importante para nivelar os diferentes conhecimentos e aproximar todos os participantes da temática, ainda recente, das ações cotidianas.

A mesa tinha por objetivo, entender como o Ministério da Saúde trabalha com essa temática nas diversas secretarias da instituição e promover discussões para o enriquecimento do modelo de avaliação da gestão do PNCT.

O seminário contou com a participação da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, representada pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas), que apresentou o Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política em processo de construção dentro do Ministério da Saúde, e tem como objetivo reunir indicadores capazes de medir e refletir a situação atual das redes de atenção à saúde que serão avaliadas por duas dimensões estratégicas: acesso e qualidade. Importante espaço para entender a avaliação como uma ferramenta para a melhoria da gestão do SUS em todas as suas esferas de governo e que o modelo de avaliação do PNCT caminha de acordo com a política de avaliação proposta pelo Ministério da Saúde.

O Departamento de Apoio à Gestão da Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde (DAGVS/SVS) participou trazendo as experiências de avaliação e demonstrou a importância do monitoramento para a tomada de decisão em saúde. Além de contextualizar como a secretaria busca conhecer os processos de monitoramento conduzidos pelos programas prioritários, o compartilhamento das experiências de monitoramento entre os programas e a identificação de possibilidades de ações de monitoramento integradas entre os programas prioritários, articulando os processos em curso e os indicadores previstos nas prioridades da secretaria, do ministério e do governo.

O Departamento de Articulação Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (DAI/SGEP) apresentou o monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, ressaltando que antes do cenário de M&A não havia cumprimento de uma normatização, a demanda era explícita dos entes federados e o processo de avaliação do Pacto pela Saúde era incipiente.

Com as várias ações construídas, o monitoramento permitiu a extinção do processo de inserção dos resultados no Sispecto pelos estados e municípios; ocorreu a disponibilização de informações de forma ágil e de fácil acesso para a elaboração dos instrumentos de planejamento e de programação, possibilitando a produção de análises por parte dos três gestores o que gera subsídios para discussões nos grupos de trabalho e pactuação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no tocante às prioridades estabelecidas. Ao final, discutiu-se as perspectivas com a mudança e a possibilidade de aprimoramento do Pacto pela Saúde pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que reforça o processo de planejamento da saúde, pactua as metas regionalizadas e institui o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap) com critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Deges/SGTES), expôs a atuação da SGTES, a qual tem como responsabilidade formular políticas orientadoras da gestão, da formação, da qualificação e da regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil, e explicou a importância de os profissionais incorporem no dia a dia a prática de M&A e a relevância da formação continuada e permanente.

O último a apresentar suas experiências foi o Departamento da Atenção Básica da Secretaria de Atenção a Saúde (DAB/SAS) e inicia relatando o M&A como responsabilidade das três esferas de gestão da Atenção Básica no SUS e como prática indutora da institucionalização da avaliação em saúde.

O departamento apresentou o painel de indicadores da Atenção Básica e como a prática do monitoramento auxilia na tomada de decisão. Experiência importante foi a apresentação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) o qual apoia tecnicamente e induz economicamente a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica.

A proposta, ao final do dia, foi alcançada, com discussões que buscavam aproximar o modelo de avaliação da gestão do PNCT com a transversalidade de todas as experiências apresentadas. Nota-se a preocupação com a vigilância em saúde, com

o monitoramento dos dados epidemiológicos, com a capacitação de profissionais em serviço e multiplicadores e na qualidade da assistência ao paciente.

No segundo dia do seminário, o PNCT utilizou – para apresentar a proposta do modelo de avaliação da gestão –, todo o processo histórico da construção e o referencial teórico que subsidiou a formulação do modelo, o qual foi descrito no capítulo anterior. Após a exposição, duas coordenadoras estaduais de programas de controle da tuberculose (PECT), das regiões Sudeste e Nordeste, discutiram sobre a aplicabilidade da avaliação nas unidades federadas.

Foram consideradas, durante a discussão, as especificidades de cada esfera e cada local, e a necessidade de adequações do plano para aplicação em diferentes contextos (por exemplo, com definição de indicadores e medidas diferentes das previstas no Plano Nacional). Por esse motivo, questionou-se como a Coordenação Estadual poderia realizar esse processo de revisão e adequação do Plano à sua realidade. A SES necessitaria de apoio de técnicos da área de avaliação? A SES teria como ter apoio de avaliadores para ajudar no processo de adequação? E recursos financeiros? Quais são as expectativas em relação a essa discussão nas esferas estaduais e municipais?

V Encontro Nacional da Tuberculose – Brasília, junho/2012

Como parte das atividades destinadas à divulgação dos resultados foi realizada uma apresentação oral durante o V Encontro Nacional da Tuberculose na cidade de Brasília. A apresentação foi parte de uma Mesa sobre Qualificação de Programas de Tuberculose. A publicação dos *Cadernos de Monitoramento e Avaliação* é outra estratégia de divulgação de resultados desse trabalho, o qual se encontra em fase de impressão.

Achados e conclusões

Os resultados serão apresentados no formato de tabelas, de forma a facilitar o entendimento e visualização. No Quadro 5 estão descritas as justificativas para a escolha dos indicadores. Documentar o motivo pelo qual um indicador foi escolhido dá maior sustentabilidade a ele na matriz de avaliação. Na Tabela 2 será apresentada a matriz de monitoramento e julgamento adaptada aos resultados obtidos. Por tratar-se do uso de imagem-objetivo optou-se por criar uma faixa de julgamento para 100% de alcance. Ao considerar as duas dimensões de avaliação, aproximadamente 65% das medidas tiveram algum grau de alcance, sendo 33% alcançadas totalmente.

Na análise estratificada por dimensão de avaliação, o político-organizacional apresentou o menor percentual de alcance total 16,6%, enquanto que o técnico-operacional, 46,6%. Grande parte do não alcance foi devido à elaboração dos planos de trabalho com parceiros institucionais e não institucionais e captação de informação que depende de parceiros. Outras medidas não alcançadas são resultado das ações de controle executadas na esfera municipal. No momento de elaboração do modelo foi abordado sendo o PNCT responsável por alguma das etapas da implantação.

Quadro 5 – Descrição dos indicadores escolhidos por dimensão de avaliação

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Rationale
Político-organizacional		Articulação Intrasetorial	Considerando que o PNCT não realiza as atividades finalísticas de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, é necessário promover a negociação política com outras áreas do Ministério da Saúde (articulação horizontal) e outros níveis de gestão (articulação vertical). A articulação com os gestores estaduais e municipais estabelecidos historicamente já pode ser medida a partir dos resultados das ações pactuadas.
		Articulação Intersetorial	Considerando os determinantes multifatoriais da tuberculose, a existência de populações vulneráveis, há necessidade de articulação com outros setores do governo e da sociedade para desenvolver ações que estão fora do alcance do setor saúde.
		Capacidade de planejamento	A capacidade de articulação das áreas, execução do orçamento previsto das atividades e metas definidas refletem a qualidade do planejamento e alcance dos objetivos do programa.
		Visibilidade das ações do programa	A capacidade de dar visibilidade às ações realizadas pelo PNCT, com divulgação de informações sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da tuberculose, é estratégia importante para o fortalecimento institucional do programa.

continua

continuação

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Rationale
Técnico-operacional	Indicador: Insumos		É papel da coordenação nacional garantir o abastecimento regular de insumos.
	Suporte técnico	Normas técnicas	O PNCT tem como atribuição estabelecer normas técnicas e operacionais, subsídios técnicos, assim como orientações para os programas, que deverão ser executadas pelos estados e municípios. O desenvolvimento de planos norteadores para populações e ambientes específicos como o controle da infecção em ambientes de saúde, coinfeção TBMDR, populações vulneráveis é atribuição dessa instância de governo.
		Planos para o controle da doença	É papel da coordenação elaborar e acompanhar o cumprimento dos planos para controle da TB.
		Disseminação de tecnologias em saúde	É papel da coordenação nacional apoiar a qualificação dos profissionais de saúde para a formação de multiplicadores nas ações específicas para o controle da tuberculose.
	Monitoramento	Acompanhamento epidemiológico e operacional	É atribuição do PNCT coordenar o sistema de registro e informações nacionais, pactuar juntamente com estados e municípios metas para o Pacto pela Vida e da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) e monitorar a execução e o alcance de metas pactuadas. Além disso, é necessário compartilhar as informações com a rede SUS e parceiros do PNCT com o objetivo de dar transparência à gestão e subsidiar o planejamento de ações.
		Incorporação das práticas de monitoramento e avaliação na rede SUS	Segundo as Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde, o monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde orientam a tomada de decisão e qualificam o processo de gestão. Sendo de responsabilidade das três esferas de gestão, devem ser realizadas de maneira integrada, considerando os aspectos da vigilância, promoção e atenção à saúde; com base nas prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto e nas programações das ações. A incorporação das práticas de monitoramento e avaliação na rede SUS visa a melhoria do programa e auxilia na tomada de decisão.
	Pesquisa	Desenvolvimento científico-tecnológico	A necessidade da incorporação da pesquisa como ferramenta essencial para o controle e a melhoria dos programas de TB tem sido reconhecida, recomendada e fomentada por diversas instituições. Nos últimos anos o PNCT tem incorporado entre as suas atividades, o apoio a pesquisas. Identificar as lacunas da pesquisa para direcionar os editais e financiamentos de pesquisa e ampliar parcerias para satisfazer necessidades de conhecimento são atribuições da instância federal.

Fonte: Construção coletiva PNCT e Nepas/UFSC (2011).

Tabela 1 – Matriz de monitoramento e julgamento da Dimensão Político-Organizacional

Indicador	Medida	Fonte	Imagem-objetivo	Resultado	Julgamento
Articulação Intrasetorial	Percentual de unidades básicas de saúde que realizam tratamento diretamente observado	Sinan e CNES	100%	73,5%	
	Percentual de casos de TB testados para HIV	Sinan	70%	60%	
	Existência de agenda com: SAS (DAB; Média e Alta Complexidade; Saúde prisional), SGTES, SGEP e Sesai	Plano de trabalho e memória das reuniões	6	0	
	Existência de um plano de trabalho formalizado com: Aids, CGLAB, Sinan e CGDEP	Plano de trabalho e memória das reuniões	Sim = 4	0	
Articulação Intersetorial	Número de instituições da sociedade civil que participam das atividades promovidas pelo PNCT	Lista de presença e produtos das oficinas	40	198	
	Existência de agenda comum com parceiros da sociedade civil	Atas de reuniões e planos de trabalho	Sim = 10	10	
	Existência de agenda comum (do PNCT) com: MDS; MJ; Sec. de Direitos Humanos e Senad	Plano de atividades completo	Sim = 4	0	
Capacidade de planejamento	Percentual de execução das atividades planejadas no plano anual de trabalho anualmente	Plano anual de trabalho	100%	90%	
	Percentual de execução das atividades planejadas com outros órgãos através de convênios e parcerias	Plano de atividades de cada projeto e prestação de contas	100%	SR	
	Percentual de recursos financeiros próprios executados	Siafi	100%	98%	
	Percentual de recursos financeiros executados entre os recebidos por convênios e parceiros	Siconv, Gescon, FNS e instituições receptoras dos recursos	100%	SR	
Visibilidade das ações do programa	Ao menos uma inserção na mídia a cada mês de ação promovida pelo PNCT	Nucom	12	9	

Fonte: Construção coletiva PNCT e Nepas/UFSC (2011).

Legenda:

- Alcance de 100% da imagem-objetivo
- Alcance de 51 a 99% da imagem-objetivo
- Alcance de 0 a 50% da imagem-objetivo

Tabela 2 – Matriz de monitoramento e julgamento da Dimensão Técnico-Operacional

Indicador	Medida	Fonte	Imagem-objetivo	Resultado	Julgamento
Indicador: Insumos	Número de estados que ficaram desabastecidos de medicamentos em algum momento no ano	Planilhas de monitoramento/ Horus	0	0	
	Número de estados que ficaram desabastecidos de teste tuberculina em algum momento no ano	Planilhas de monitoramento/ Horus	0	0	
Suporte técnico: Normas técnicas	Percentual de casos de TB em tratamento diretamente observado	Sinan	80%	42%	
	Percentual de casos (população-alvo) que realizaram cultura prévia ao tratamento	Sinan	100%	32%	
	Percentual de normas técnicas revisadas bianualmente dentre as normas técnicas publicadas pelo PNCT	Plano de Atividades da Área técnica	100%	SR	
Suporte técnico: Planos de Controle da Doença	Planos de ações elaborados em relação aos planos propostos no Plano de Trabalho do PNCT	PAT e área técnica	100%	SR	
Suporte técnico: Disseminação de tecnologias em saúde	Percentual de capacitações para multiplicadores entre as capacitações realizadas	Planilha de Monitoramento das capacitações da SVS	100%	68%	
	Percentual de capacitações realizadas de acordo com a política de educação permanente do MS	Planilha de Monitoramento das capacitações da SVS	100%	0%	
Monitoramento: Acompanhamento epidemiológico e operacional	Realizar oficinas de trabalho da equipe do PNCT para análise dos indicadores epidemiológicos e operacionais em até 30 dias da atualização	Planilha do planejamento de atividades da área de informação estratégica	2/ano	6	
	Monitorar anualmente os indicadores laboratoriais	Questionário do Lacen/Sinan	1/ano	1	

continua

conclusão

Indicador	Medida	Fonte	Imagem-objetivo	Resultado	Julgamento
Monitoramento: Incorporação das práticas de monitoramento e avaliação na rede SUS	Percentual de estados visitados anualmente com relatório e recomendações encaminhadas	Planilha de monitoramento das visitas/PAT	100%	100%	■
	Percentual de municípios prioritários que recebe visita de monitoramento dos seus estados	Guia das visitas de monitoramento (não consolidado)	100%	81%	■
	Percentual de estados que elaboraram planos de ação de controle da TB a partir das recomendações das visitas de monitoramento	Guia das visitas de monitoramento (não consolidado)	50%	67%	■
Pesquisa: Desenvolvimento científico-tecnológico	Percentual das pesquisas/editais financiados pelo Decit, FG, DST/Aids que estejam de acordo com as prioridades do PNCT	Os órgãos de fomento ao lado mencionados	100%	SR	■
	Percentual de pesquisas com financiamento do PNCT que foram acompanhadas	Registros de reuniões e relatórios de acompanhamento	100%	100%	■

Fonte: Construção coletiva PNCT e Nepas/UFSC (2011).

■ Alcance de 100% da imagem-objetivo

■ Alcance de 51 a 99% da imagem-objetivo

■ Alcance de 0 a 50% da imagem-objetivo

Tabela 3 – Resumo do alcance das metas

	Alcance total	Alcance parcial	Não alcance	Total
Político-Organizacional	2	5	5	12
Técnico-Operacional	7	4	4	15
PCNT	9	9	9	27

Alcance de 100% da imagem-objetivo	33,3
Alcance de 51-99% da imagem-objetivo	33,3
Alcance de 0-50% da imagem-objetivo	33,3

Fonte: Construção coletiva PNCT e Nepas/UFSC (2011).

Recomendações e lições aprendidas

Para elaborar as recomendações foram consideradas as principais dificuldades descritas pelas áreas técnicas no instrumento de coleta de dados para o primeiro ciclo avaliativo. A apresentação das recomendações será feita pelas dimensões de avaliação:

Gerais

- Pactuar e padronizar os conceitos que geraram discordância durante a coleta, como planos de trabalho, agenda de trabalho, meios de verificação e acompanhamento de pesquisas.
- Estabelecer mecanismo de coleta de informação rotineiro para as unidades de medida elencadas.
- Analisar as medidas que alcançaram 100% de execução com o objetivo de qualificá-las para o próximo ciclo.
- Qualificar as medidas pouco sensíveis e que não puderam ser analisadas.
- Estabelecer uma linha de base consistente com base nas avaliações prévias.
- Alterar a metodologia para análise dos resultados nas próximas avaliações para conter uma série histórica. Tão importante quanto alcançar a imagem-objetivo é quantificar o avanço obtido de um ano para o outro.
- Adequar o modelo lógico continuamente de acordo com as novas prioridades e o surgimento de novos componentes organizacionais no PNCT.

Político-organizacional

- Intensificar as atividades colaborativas (TB/HIV) em parceria com Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
- Intensificar as atividades colaborativas PNCT e Departamento da Atenção Básica.
- Documentar por meio dos planos de trabalho as atividades realizadas com os parceiros.
- Elaborar um sistema de registro de “atas” e encaminhamentos das reuniões com os parceiros para serem disponibilizados a todos os componentes organizacionais.
- Estabelecer mecanismo de coleta da execução de atividades planejadas com outras instituições, por meio de convênios e outras parcerias.
- Manter o apoio técnico e político às ações da sociedade civil.
- Rediscutir o fluxo interno para divulgação de atividades do PNCT na mídia.

Técnico-operacional

- Estabelecer mecanismo de coleta de informação rotineiro para as unidades de medida elencadas.
- Pactuar e padronizar os conceitos que geraram discordância durante a coleta, como planos de trabalho, agenda de trabalho, meios de verificação e acompanhamento de pesquisas.
- Elaborar critérios para as capacitações realizadas pelo PNCT, de acordo com a Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde.
- Estabelecer estratégia para o monitoramento dos profissionais que participaram das oficinas destinadas à formação de multiplicadores quanto à replicação das capacitações.
- Priorizar capacitações a distância.
- Buscar estratégias de incentivo à descentralização da cultura.
- Tornar mais específico o sistema de coleta da informação sobre a realização de tratamento diretamente observado.
- Documentar os “obstáculos” para realização das visitas de Monitoramento e Avaliação nos estados, com vistas a qualificar a realização dessa atividade.
- Apoiar os estados na disseminação da cultura de Monitoramento e Avaliação.
- Qualificar o mecanismo de coleta do indicador que reflete o uso das recomendações nas visitas de monitoramento pelos estados e municípios.

A discussão sobre a avaliação para a gestão do PNCT permitiu compreender melhor as atribuições da esfera nacional para o controle da doença. A interlocução com áreas técnicas afins é uma estratégia importante no apoio às decisões de implementação das políticas de saúde de controle da tuberculose e foi importante durante o processo avaliativo.

A definição de duas dimensões para a avaliação permitiu ao PNCT identificar todos os processos de inter-relação de cada um de seus componentes organizacionais, tendo em vista a transversalidade das ações existentes. A metodologia de elaboração do modelo de avaliação do PNCT, com a utilização de oficinas, permite aos técnicos a apropriação do processo avaliativo e, conseqüentemente, um melhor aproveitamento de seus resultados.

A opção de trabalhar com imagem-objetivo torna as metas mais audaciosas e requerem o uso de uma estratégia de análise dos resultados com foco na melhoria dos resultados ano após ano. No entanto, o fato de o objeto de avaliação poder ser comparado somente com ele mesmo permite o uso desse tipo de medida.

Algumas medidas não foram avaliadas devido à não coleta do indicador ou à inexistência de fonte de registro primária. Esse fato deve ser considerado durante a etapa da escolha dos indicadores e das unidades de medida. Embora esse cuidado tenha sido reforçado nesse ciclo, o problema foi identificado.

Algumas ações estratégicas importantes, como a descentralização das ações de controle da TB para a Atenção Básica, não tiveram bons resultados para os indicadores relacionados, sendo necessária a discussão em equipe sobre o conceito de priorização utilizado pelo PNCT.

A prática avaliativa precisa que certo grau de institucionalização seja atingido para que se torne efetiva e produza efeitos formativos sobre a conduta da ação pública. Para o PNCT, a avaliação deve estar orientada para a ação e, portanto, criar a oportunidade de aprendizado diversificado, participativo, não hierarquizado, interdisciplinar, prospectivo e democrático. A experiência além de fortalecer a equipe técnica do PNCT, possibilita, com adequações, a avaliação para as demais esferas de gestão do programa.

Para que a qualificação da avaliação do objeto seja possível e relevante, é preciso modificar a maneira pela qual as atividades são formuladas. É preciso formular objetivos operacionais (verificáveis), realistas e explicitar a “teoria” dos projetos. O termo teoria é utilizado aqui num sentido muito amplo, referindo-se aos supostos causais que informam qualquer intervenção pública: por que e como se supõe que os insumos, atividades, produtos propostos produzirão os resultados esperados?

Toda avaliação, em certa medida, testa hipóteses críticas para a intervenção sobre as quais ainda há dúvidas, pois só assim se produz conhecimento. Para que a avaliação seja possível e relevante, as hipóteses têm de estar claras, senão, mesmo que se produzam informações sobre o programa, ou mesmo sobre seus resultados, como interpretá-las?

Portanto, a orientação é que a implantação deve produzir adaptação e aprendizagem. A referência central na implementação, portanto, não seria o plano, mas os resultados obtidos. É uma abordagem mais custosa em termos de tempo, mas intensiva em gerenciamento e negociação e que requer, para ser efetiva, investimento em qualificação dos implementadores e em construção de consensos e orientações compartilhadas entre os diferentes atores dos programas de controle da tuberculose.

Como se vê, os desafios colocados para o controle da tuberculose são vastos. A avaliação é um deles e os custos e dificuldades para sua viabilização não são poucos. Só vale a pena arcar com estes custos se os sistemas de M&A contribuírem para a busca de inovação, institucionalização e controle público no campo da saúde e do controle da tuberculose no Brasil.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília, 2005. cap. 6. p. 732-756.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Agenda Estratégica: 2011-2015**. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Gerência de Rede de Laboratórios de TB**. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2004b.

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

COSTA, R. Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da reforma sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 207-225, abr./jun., 1988.

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

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica: definición e métodos de evaluación. In: _____. **Enfoques básicos para la evaluación: estructura, proceso y resultado**. México DF: La Prensa Médica Mexicana, 1984. p. 94-157.

DYE, C. et al. **Measuring tuberculosis burden, trends and the impact of control programmes: Supporting online material**. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/meetings/lid_measuring_tb_burden_supportingmaterial.pdf>. Acesso em: 23 jul 2013.

GARCIA, R. C. **Reorganização do processo de planejamento do Governo Federal: o PPA 2000-2003**. Brasília: IPEA, maio 2000. (Texto para Discussão, n. 726).

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e político-institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z. M. A. et al. Avaliação do programa materno infantil: análise da implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação de saúde dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 89-125.

MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, Breno (Org.). **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004.

MCKINLAY, J. B.; MCKINLAY, S. M. The questionable contribution of medical measures on the decline of mortality in the United States in the twentieth century. In: WILLIAMS, S. J. (Org.). **Issues in health services**. New York: John Wiley and Sons, 1980. p. 3-16.

MEDINA, M. G. et al. Usos de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. 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: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NATAL, S. A retomada da importância da tuberculose como prioridade para ações de saúde pública. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 53-75, 1998.

_____. O controle da tuberculose no Brasil. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 27-40, 1993.

NOGUEIRA, Roberto Martinez. **Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico**. Chile: Cepal, 1998. (Serie Políticas Sociales, n. 24).

PERROW, Charles. **Complex organizations: a critical essay**. New York: McGraw-Hill, 1986.

RAVIGLIONE, M. et al. The pandemic of HIV: associated tuberculosis. In: MANN, J. M.; TARANTOLA, D. (Ed.). **Aids in the world II**. New York: Oxford University Press, 1996, p. 87-96.

RIGO, A. S.; OLIVEIRA, R. R. Análise de redes sociais e existência de capital social em um projeto de desenvolvimento. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE ISTR PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 6., 2007, Salvador. **Anais...** Salvador: ISTR, 2007.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. **Evaluation: a systematic approach**. 2. ed. London: Sage, 1982.

RUA, M. G. **Análise de políticas públicas: conceitos básicos**. Brasília: BID, 1997.

SAMICO, I. et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SELZNICK, P. **TVA and the Grass roots**. Berkeley: University of California Press, 1949.

STYBLO, K. **La relación entre el riesgo de la infección tuberculosa y el riesgo de desarrollar tuberculosis infecciosa**. 1985. In: TINTE, C. Rompiendo una ley: la tuberculosis desobedece la regla de Styblo: *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/en/>>. Acesso em: 30 jul 2013.

TORO, J. B.; WERNECK, N. M. F. **Mobilização social**: um modo de construir a democracia e a participação. Brasília: Unicef, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The stop TB strategy**: building on and enhancing Dots to meet the TB-related millennium development goals, 2006. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2012.

Anexo A

Modelo do instrumento utilizado para a coleta dos indicadores na etapa da aplicação do modelo

Responsável:		Informação estratégica		
Medida	Fonte	Imagem-objetivo	Dado coletado 2011	Data da coleta
Percentual de casos de TB testados para HIV	Sinan	70%	60%	20/12/2011
Justificativa	<p>A tuberculose é a principal causa de morte de pessoas vivendo com HIV. Quanto mais precoce o diagnóstico, maiores serão as chances de sobrevivência dos pacientes que apresentam coinfeção. Por isso, o PNCT recomenda que seja ofertada a testagem anti-HIV para 100% dos casos diagnosticados. O percentual de casos de tuberculose que realizam o exame anti-HIV é crescente no Brasil passando de 26% para 60% no período de 2001 a 2010. Embora o acesso ao exame tenha aumentado nos últimos anos, a proporção de casos coinfectados permanece constante, em torno de 9%. O PNCT não tem governabilidade para o pleno alcance desse indicador, sendo necessário o apoio dos PCT estaduais e municipais.</p> <p>Recomendações para o aumento do indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">* Disponibilização dos insumos para a realização do exame por parte dos profissionais de saúde;* Priorização da testagem por meio do teste rápido;* Intensificação das atividades colaborativas TB/HIV (em conjunto com DST/Aids/HIV);* Apoio às ações do movimento social e das instâncias de controle social;* Manutenção do monitoramento indireto das informações do Sinan/TB, junto aos estados e municípios, visando qualificar as informações fornecidas; e* Realização sistemática do Monitoramento e Avaliação visando a melhoria da gestão do programa nos níveis estadual e municipal (municípios prioritários).			
Observações gerais	<p>Mesmo não sendo um indicador de total governabilidade do PNCT, o mesmo deve ser mantido no modelo de avaliação da gestão do PNCT. A realização do exame anti-HIV para os casos novos de TB é uma prioridade do PNCT e faz parte da agenda estratégica da SVS, a qual é utilizada para monitorar e avaliar as nossas ações.</p>			

Equipe técnica

Organização

Gisele Pinto de Oliveira – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

Douglas Estevão de Miranda – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

Stefano Barbosa Codenotti – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

Draurio Barreira – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

Sônia Natal – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação e Saúde/UFSC

Maria Cristina Marino Calvo – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação e Saúde/UFSC

Josimari Telino de Lacerda – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação e Saúde/UFSC

Sergio Fernando Torres de Freitas – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação e Saúde/UFSC

Coordenação executiva

Gisele Pinto de Oliveira – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

Douglas Estevão de Miranda – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

Sônia Natal – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação e Saúde/UFSC

Maria Cristina Marino Calvo – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação e Saúde/UFSC

Josimari Telino de Lacerda – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação e Saúde/UFSC

Sergio Fernando Torres de Freitas – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação e Saúde/UFSC

Programa Nacional de Controle da Tuberculose/Devit/SVS/MS

Draurio Barreira

Fábio Moherdau

Ana Cecília Fraga

Bernadete Falcão

Carla Patrícia Barbosa

Caroline Cyriaco

Daniele Chaves Kuhleis

Daniele Gomes Dell’Orti

Danielle Bandeira

Denise Arakaki

Douglas Estevão de Miranda

Faber Katsume Johansen

Gisele Pinto de Oliveira

José Carlos Veloso Pereira da Silva

Marcos Loureiro

Marcela Cavalcante

Maria de Lourdes Rabelo Leão

Maria do Socorro Nantua Evangelista
Olga Máira Machado Rodrigues
Patrícia Bartholomay
Patrícia Cafrune
Patrícia Werlang
Rosália Maia
Ruy de Souza Júnior
Stefano Barbosa Codenotti
Tatiana Estrela
Waldir João Ferreira da Silva

Projeto Fundo Global Tuberculose – Brasil

Gyselle Guimarães
Maria José Pereira Fernandes
Maria Teresa Cravo Guimarães

Rede de Monitoramento e Avaliação – Tuberculose Brasil (Rede M&A TB Brasil)

Antônio Alves – Comitê Metropolitano de Fortaleza – CE (Sociedade Civil)
Antônio Ernandes – Comitê Metropolitano de Belém – PA (Sociedade Civil)
Eri Ishimoto – Comitê Metropolitano de São Paulo – SP (Gestor)
Sheila Santiago – Comitê Metropolitano de Fortaleza – CE (Gestor)

Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação e Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina – Nepas/UFSC

Sônia Natal
Maria Cristina Marino Calvo
Josimari Telino de Lacerda
Sergio Fernando Torres de Freitas
Angela Ortiga
Alex Elias Lamas
Claudia Colussi
Claudia Rachel Lima Ribeiro
Daniela Nickel
Douglas Kovaleski
Karine Pereira
Luisa G. Dutra de Oliveira
Mirvaine Panizzi
Priscilla Pereira



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

