



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

MESTRADO PROFISSIONAL
EM ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE

Análise Do Repasse De Recursos Financeiros, No Biênio
1997/1998, A Municípios Prioritários Para O Alcance Da
Meta De Eliminação Da Hanseníase No Brasil

JONICE MARIA LEDRA VASCONCELLOS

ORIENTADORA: CELIA REGINA PIERANTONI

CO-ORIENTADOR: MARIA LEIDE W. DE

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

Gestão de Sistemas de Saúde

2002



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**



**ANÁLISE DO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS, NO BIÊNIO 1997/1998,
A MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA O ALCANCE DA META DE ELIMINAÇÃO
DA HANSENÍASE NO BRASIL**

Jonice Maria Ledra Vasconcellos

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Sistemas de Saúde, Curso de Mestrado Profissional em Administração de Saúde – Gestão dos Sistemas de Saúde – área de concentração em Brasília do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Celia Regina Pierantoni
Co-Orientador: Maria Leide W. de Oliveira

Rio de Janeiro
2002

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

Vasconcelos, Jonice Maria Ledra

Análise do repasse de recursos financeiros, no biênio 1997/1998, a municípios prioritários para o alcance da meta de eliminação da hanseníase no Brasil./ Jonice Maria Ledra Vasconcellos – 2002.
85 p.

Orientadores: Celia R. Pierantoni , M^a Leide W. Oliveira

Dissertação (mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Hanseníase, Eliminação, Municípios Prioritários, Convênio, Prestação de Contas.

RESUMO

ANÁLISE DO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS, NO BIÊNIO 1997/1998,

A MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA O ALCANCE DA META DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE NO BRASIL.

O presente trabalho analisa o repasse dos recursos financeiros da Fundação Nacional de Saúde, por meio de convênio, no período de 1997 a 1998, a municípios com alta prevalência de hanseníase no Brasil. As informações foram obtidas mediante pesquisa a documentos, processos e pareceres técnicos e financeiros; consulta ao Siafi (Sistema Integrado de Administração Financeira) e entrevista com informantes-chaves. As informações levantadas foram consolidadas no sistema de banco de dados Sirfehansen (Sistema de Informação de Repasse de Recursos Financeiros para Controle e Eliminação da Hanseníase), programado na linguagem Delphi. Foram selecionados 862 municípios prioritários de 23 unidades federadas, que concentravam 80% da prevalência da doença e 211 conveniados (apenas 3,8% não integravam a lista dos prioritários). Dos 211 municípios conveniados, 67,3% atendiam ao critério de população > 50.000 habitantes e 75% apresentavam taxas de prevalência da doença superior a 5 casos/10.000 habitantes. Dos 211 municípios conveniados, 55,4 % estavam na condição de gestão Plena do Sistema Municipal (PSM); 76,8% dispunham do Pacs; e 41,7% de PSF. Entre os resultados encontrados, destaca-se o fato, inédito, de que 98% dos recursos empenhados foram pagos no biênio 97/98, com um tempo médio de 3,5 meses entre a celebração do convênio e o repasse de recursos. Quanto às prestações de conta concluídas, 67,4% foram aprovadas, sendo 48,9% integralmente e 18,5% com ressalvas. No tocante ao desempenho financeiro, observou-se que apenas 18,6% dos municípios com prestação de contas concluídas apresentaram uma execução financeira inferior a 80%. Considerando os resultados encontrados, pode-se concluir que a intervenção procedida – repasse de recursos, via convênio – a municípios prioritários na eliminação da hanseníase – possibilitou a ampliação da capacidade gerencial da Dermatologia Sanitária na execução financeira do orçamento, no aumento da alocação orçamentária anual ao programa da Hanseníase e no direcionamento dos recursos para as prioridades e áreas estratégicas. Apesar desses aspectos favoráveis, a medida adotada à época não foi suficiente para garantir a aplicabilidade dos recursos segundo com os fins previstos em face à ausência do acompanhamento da implantação dos Planos de Trabalho do Convênio e de Eliminação da Hanseníase por parte dos gestores.

Palavras-chave: 1. Eliminação da Hanseníase, Municípios Prioritários, Recursos Financeiros, Convênio.

ABSTRACT

ANALYSIS OF THE FINANCIAL RESOURCE TRANSFERS, DURING THE 1997/1998 BIENNIUM, TO PRIORITY MUNICIPALITIES DISTRICTS, IN ORDER TO REACH THE GOAL OF ELIMINATING HANSEN'S DISEASE IN BRAZIL.

This present work analyzes the financial resource transfers made by the National Health Foundation (Funasa), through agreements, during 1997-1998 period, to municipalities with high prevalences of Hansen's Disease, in Brazil. The information was obtained by researching documents, processes and technical and financial opinions; by consulting the Siafi (Integrated Financial Administration System); and by interviewing key informers. The gathered information was consolidated in the database system called Sirfehansen (Financial Resource Transfers for Hansen's Disease Control and Elimination Information System), programmed in Delphi language. We selected 862 priority municipalities, from 23 federated units, that pondered 80% of the disease prevalences, and also 211 other municipalities that had signed agreements with Funasa (only 3,8% of these districts were not in the priority list). Among the 211 municipalities that had signed agreements with Funasa, 67,3% of them followed the population criterion of having over 50.000 inhabitants and 75% presented disease prevalence rates of over 5 cases/10.000 inhabitants. Besides, 55,4% of these 211 municipalities were classified as having a Full Administration of the Municipal Health System (PSM); 76,8% had the Community Health Agents Program (Pacs); and 41,7% had the Family Health Program (PSF). Concerning the results that were found, it must be stressed that, for the first time, 98% of the budget that was determined to be paid was really paid in the 97/98 biennium, and there was an average interval of 3,5 months from the celebration of the agreement to the resource transfers. In relation

to the finished accountabilities, 67,4% were approved (48,9% integrally and 18,5% with provisos). Concerning their financial performance, it was observed that only 18,6% of the municipalities that had finished their accountabilities executed less than 80% of their budget. Considering the results achieved, we concluded that the proceeded intervention – resource transfers, through agreements, to priority municipal districts for Hansen’s Disease elimination – has allowed an increase in Sanitary Dermatology’s management capacity towards the financial execution of their budget, the increase of the annual budget allocation to Hansen’s Disease Program and budget targeting to priority and strategic areas. Despite of these favorable aspects, the procedures that were adopted at that time were not capable of assuring that the funds were used according to the foreseen aims, once the implantation of the Agreements’ and of Hansen’s Disease Elimination Work Plans were not monitored by the managers.

Key-words: 1. Elimination of Hansen’s Disease, Priority Municipal Districts, Financial Resources, Agreement.

1. INTRODUÇÃO

1.1. A HANSENÍASE

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica que se manifesta principalmente na pele e nos nervos. É causada por um parasita intracelular – o **Mycrobacterium Leprae** –, descoberto em 1873 pelo médico norueguês Gerhardt H. A. Hansen, daí a denominação bacilo de Hansen. Apesar de o bacilo ser de alta infectividade¹, ele é de baixa patogenicidade², o que não implica um número grande de doentes. Muitas pessoas podem ter contato com a doença, mas poucas adoecem porque 80% a 90% delas apresentam resistência natural à doença.

A transmissão ocorre pelas vias aéreas superiores³, principalmente através do contato, íntimo e prolongado, com doentes multibacilares sem tratamento, cujos bacilos são eliminados pelas secreções orais e nasais ao falar, tossir e espirrar (PEREIRA, 1999). As baixas condições sanitárias e de vida da população são fatores que favorecem a manutenção da cadeia de transmissão da doença.

O período de incubação é longo, em média de 3 a 6 anos, e pode atingir todas as idades, em ambos os sexos. Dependendo do grau de resistência do indivíduo e da evolução da doença, uma grande variedade de sintomas e sinais podem ser observados. Os principais são: manchas esbranquiçadas ou avermelhadas no corpo, com perda de sensibilidade, podendo chegar à dormência, dor nos nervos, especialmente nos braços e pernas, nódulos e inchaços, entre outros. “Uma maneira de verificar se é hanseníase é espetar um alfinete sobre a mancha: se você não sentir dor, é sinal da doença.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

De acordo com características individuais e oportunidade do diagnóstico, a doença pode apresentar-se em formas não contagiantes (Paucibacilar) e contagiantes.

(Multibacilar). É importante observar que, mesmo os doentes das formas contagiantes, passam a não transmitir a doença a partir do momento que iniciam o tratamento regular. Assim, quanto mais cedo se descobre a doença e se inicia o tratamento, mais rápida é a cura, interrompendo-se assim a sua cadeia de transmissão e evitando-se as deformidades que incapacitam o indivíduo para o exercício de atividade econômica e de convívio social.

Segundo (PEREIRA, 2002), a hanseníase é uma doença de difícil controle pelo fato de não se dispor de vacina; por apresentar sinais e sintomas que passam despercebidos pelo paciente e equipe de profissionais de saúde não preparados para o diagnóstico precoce; por apresentar um forte componente de discriminação/estigma; e por constituir um problema de saúde pública porque contagia, deforma, incapacita⁴ e apresenta alta prevalência.

¹ Infectividade é a capacidade do microrganismo (no caso *M. leprae*) de alojar-se no organismo humano e provocar infecção, ou seja, muitas pessoas podem ser infectadas.

² Patogenicidade é a capacidade de um agente etiológico (no caso o *M. leprae*) de produzir a doença clinicamente evidente, ou seja, poucos dos infectados adoecem.

³ Pesquisadores advogam que o bacilo pode também ser transmitido por via cutânea, no caso de lesões ulceradas ou de traumas na pele, conforme referencia PEREIRA, 1999.

⁴ O *M. leprae* é de alta virulência pois tem um alto poder incapacitante tanto do ponto de vista físico quanto psicológico, com graves repercussões na vida familiar, no trabalho e no convívio social.

A simplificação do diagnóstico – que é clínico, baseado nos sinais e sintomas característicos da doença⁵ – possibilita a sua ampliação para todos os postos de saúde com infra-estrutura mínima de funcionamento e, por conseguinte, o tratamento dos doentes. A ampliação desse acesso é particularmente em áreas onde há a atuação dos agentes comunitários de saúde, tendo em conta as visitas periódicas que realizam às famílias sob a sua responsabilidade e a sua vinculação às unidades de saúde. A equipe do Programa da Saúde da Família (PSF) tem atuado diretamente no diagnóstico, tratamento, acompanhamento e avaliação do paciente de hanseníase, constituindo-se num fator positivo tanto na organização de serviço e aumento de cobertura, quanto de impacto na redução da prevalência.

O Programa de Saúde da Família⁶ (PSF) é a estratégia adotada para a reorganização atenção básica no País e, portanto, de estruturação do Sistema Municipal de Saúde. A base do PSF é a equipe multiprofissional, integrada minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável, em média, por mil famílias, e desenvolve ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, procurando estabelecer com a comunidade onde está inserida um vínculo de co-responsabilidade sobre a saúde.

1.2. BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE CONTROLE DE HANSENÍASE NO BRASIL

A hanseníase, então chamada lepra, foi introduzida no Brasil pelos colonizadores europeus, e constitui objeto de política pública desde 1920 (SOUZA ARAÚJO, 1956). Entretanto, os primeiros casos surgiram no Rio de Janeiro, em 1600, seguidos de focos na Bahia e no Pará (YAMANOUCHI, 1993). O tráfico negreiro parece ter influenciado no crescimento da doença (MONTEIRO, 1987). A assistência, com isolamento em hospitais, ocorreu inicialmente com o apoio das Santas Casas de Misericórdia, sobretudo no Recife (1713), Rio de Janeiro (1740), Bahia (1755) e São Paulo (1789).

A primeira política pública explícita para o controle da hanseníase no Brasil (1920) teve início na Inspetoria de Profilaxia de Endemias Rurais, sem dispor, todavia, de uma estrutura programática própria. De acordo com o modelo de saúde pública vigente, as ações eram voltadas para os aspectos biológicos, com o intuito de proteger a sociedade da transmissão das doenças. A inexistência de normatização explícita para a segregação foi combatida nessa primeira política, visto que predominava, entre os higienistas, a opinião de que o Estado deveria desempenhar uma ação saneadora por meio do isolamento compulsório nos hospitais asilo-colônia, iniciativa adotada pelo Estado de São Paulo, antes de sua implantação em âmbito nacional, após 1930.

Mediante parcerias do Governo Federal (Estado Novo), unidades da federação e sociedade, foi viabilizada a construção de grandes hospitais-colônia em todos os estados endêmicos. No governo de Getúlio Vargas, criou-se o Serviço Nacional de Lepra, com um grande plano nacional, conduzido por Ernani Agrícola, baseado no “tripé: Leprosário, Preventório e Dispensário” (SOUZA ARAÚJO, 1956). Destaca-se no Estado Novo o estímulo dado à participação da sociedade, em que muitas Organizações Não Governamentais (ONGs) foram criadas, entre elas a Eunice Weaver, para abrigar crianças separadas dos pais doentes (OLIVEIRA, 1991).

Em 1959 (Lei N.º 3542, de 11 de fevereiro de 1959), com o advento da quimioterapia sulfônica e o começo da política de desospitalização, foi criada a Campanha Nacional da Lepra (governo de Juscelino Kubitschek).

Ao final dos anos 70, iniciou-se a discussão acerca da descentralização e horizontalização dos serviços de saúde, dando origem à figura do posto de saúde como a grande estratégia de aumento de cobertura das ações de controle das áreas programáticas do Ministério da Saúde. No final daquela década, o modelo sanitário de atendimento – inspirado na racionalidade técnica das idéias de planejamento de saúde de Cendes/Opas e no consenso em relação aos benefícios da desativação da Campanha – resultou na extinção dessa Campa-

⁵ Os principais sinais da doença são: manchas – brancas ou avermelhadas – dormentes, dor nos nervos dos braços, das mãos, das pernas ou dos pés, formigamento em partes do corpo, presença de caroços no corpo, ausência de dor em caso de queimaduras ou cortes nos braços, nas mãos, nas pernas e nos pés.

⁶ O PSF teve início em 1991 por intermédio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e a partir de 1994 foram formadas as primeiras equipes financiadas por meio de convênios com a Funasa incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.

na⁷ e deu início ao processo de estadualização⁸. Apesar de a formalização das instruções técnicas e operacionais terem se efetivado em meados da década de 70, é importante salientar que as iniciativas de estadualização do programa de controle da lepra iniciaram-se em meados da década de 60. Esse foi o marco referencial da extensão da cobertura das ações de controle da hanseníase por meio da municipalização dos serviços de saúde, como componente das diretrizes da Campanha Nacional Contra a Lepra. O foco de atenção à hanseníase por meio do leprosário, preventório, dispensário passou para o ambulatório, dispensário e unidade polivalente de saúde (Posto de Higiene e Centro de Saúde), enfatizando também as atividades profiláticas do exame de contatos⁹.

A segunda metade da década de 70 caracterizou-se pela transferência de recursos humanos e materiais para os estados ou órgãos federais locais. Importante salientar que a Fundação Sesp introduziu o atendimento às ações de hanseníase nas suas unidades de saúde, o que aumentou significativamente a cobertura sobretudo no interior das regiões Norte e Nordeste. Em agosto de 1975, foi criada, por meio de portaria, a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS). No ano seguinte, com a edição da Portaria Ministerial N.º 165, de 14 de maio, a termo hanseníase e seus adjetivos passaram a ser oficialmente assumidos, atendendo assim à recomendação da Conferência Nacional de Hanseníase, realizada em Brasília, em fevereiro daquele ano. É, portanto, nessa época que “morre a lepra¹⁰” e aparece a hanseníase (OLIVEIRA, 1998), que foi, como termo, abolida por Decreto, e posteriormente, a Lei N.º 9.010, de 29 de março de 1995, que estabelece, no “Art. 1º: “O termo ‘Lepra’ e seus derivados não poderão ser utilizados na linguagem empregada nos documentos oficiais da Administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados-membros.”

A mudança para Brasília e a tentativa de integração das áreas técnicas no Ministério da Saúde ocorreram somente em 1976/77, quando a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) passou a integrar a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (Snabs) e, posteriormente, a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (Snpes), juntamente com a Pneumologia Sanitária.

No final da década de 70, deixou de circular o Boletim da Divisão Nacional de Dermatologia sanitária.

De 1980 até meados de 1985, além da capacitação de pessoal em prevenção e tratamento de incapacidades e da estruturação dos Centros de Referência de Reabilitação Física e Social¹¹, foram realizadas articulações em nível nacional junto ao CNPq e ao Finep visando o fomento às pesquisas na área da hanseníase.

No início da Nova República, em 1985, a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde realizou uma reunião nacional de avaliação e reorientação das diretrizes e ações de controle do programa de hanseníase, da qual participaram os coordenadores regionais e estaduais, técnicos nacionais, pesquisadores, representantes das ONG’s, Opas/OMS e do Movimento de Pacientes de Hanseníase (Morhan). A partir daí, teve início o período de reestruturação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, agora caracterizado pela(s):

- descentralização e integração da hanseníase na rede básica de serviços de saúde (de acordo com a implementação das Ações Integradas de Saúde – AIS);
- parcerias com o programa de controle da tuberculose e organismos não governamentais (ONG’s), destacando-se a Opas/OMS e Ilep;
- implantação da poliquimioterapia (PQT)¹² e;
- inserção programática do controle da hanseníase no componente estratégico de “atenção às dermatoses de interesse sanitário, que tem o controle da hanseníase como primeira prioridade”.

⁷ Recomendações claras sobre a desativação da Campanha Nacional da Lepra aparecem no Seminário de Profilaxia da Lepra de 1969 “(...) as ações para o controle da lepra devem acompanhar qualquer operação desenvolvimentista, desde o seu planejamento, mas sempre dentro do esquema de saúde integrada (...), acrescentando que, para que a integração das tarefas de controle da lepra em agências não especializadas produza resultado, é indispensável motivação, orientação, supervisão, adestramento e assessoramento, por órgão especialmente qualificado (...)” (OLIVEIRA, 1990)

⁸ A Campanha foi extinta em 1970, sendo substituída pela Divisão Nacional da Lepra.

⁹ Relatório de Atividades do Serviço Nacional de Lepra (Ministério da Saúde, 1963).

¹⁰ O termo “lepra” não representa o nome de uma doença, mas um estado negativo que percebe o ser humano como uma totalidade, tanto em seus aspectos físicos quanto psíquicos, associados à rejeição, segregação e marginalidade.

¹¹ Cursos Macrorregionais de Hansenologia, Curso Nacional de Dermatologia Sanitária e cursos regulares em diversas áreas de controle oferecidos pelo Hospital Lauro de Souza Lima, Bauru/SP.

¹² A sulfona foi descoberta em 1930 e aplicada no tratamento da hanseníase em 1942; é usada até hoje, porém com a dapsona-resistência (monoterapia); desde 1982, a OMS recomendou a utilização do esquema terapêutico de poliquimioterapia (PQT), composto de três drogas: a rifampicina, a dapsona e a clofazimina.

Em 1990, com a publicação da Lei Orgânica de Saúde, o Ministério da Saúde, na sua condição de gestor nacional, passa a conduzir o Sistema Único de Saúde, ocasião em, que incorpora, formalmente, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (o Inamps).

Em 1991, a Fundação Nacional de Saúde, por intermédio do Decreto N° 100, de 16 de abril, absorveu:

- a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam);
- a Fundação de Serviços de Saúde Pública (Fsesp);
- as ações da Secretaria de Ações Básicas de Saúde (Snabs);
- os programas de Pneumologia e de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (Snpes).

Com essa medida, foi extinta a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária e criada a Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária (CNDS). Nessa fase, outras normas complementares sobre o controle da endemia foram estabelecidas, tais como: recomendações para tratamento específico, mudanças nos critérios de cura e criação do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase.

O relatório final da Reunião Nacional de Avaliação do desempenho do programa, em 1996, realizada com os coordenadores estaduais, centros de referência, comitê técnico-científico, ONGs e técnicos da coordenação de dermatologia e do Cenepi da Fundação Nacional da Saúde e da Opas, marcou o início de uma nova estratégia de atuação do poder público. Assim, prioriza-se a assessoria técnica e o repasse de recursos financeiros aos municípios com maior prevalência na perspectiva de, com isto, aumentar o impacto das ações de controle do programa e eliminar a hanseníase. Ao mesmo tempo, a NOB/01/96 inclui os procedimentos ambulatoriais para diagnóstico e tratamento da hanseníase.

Importante observar que o Plano de Eliminação da Hanseníase fortaleceu-se sobretudo depois de 2000, com a inclusão da hanseníase no Departamento de Atenção em Básica¹³ da Secretaria de Políticas de Saúde, já no Ministério da Saúde, e, em especial, com o trabalho das equipes do Pacs/PSF, observando-se resultados importantes com relação à detecção precoce de casos (sem incapacidade física no momento do diagnóstico), assim como a redução da taxa de abandono ao tratamento e a cobertura populacional.

Atualmente, segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas/2001), o controle e tratamento dos casos de hanseníase estão inseridos na atenção básica ampliada ou, como também é denominada, no elenco mínimo de ações da média complexidade (ANDRADE & PELLEGRINI, 2001)¹⁴.

1.2.1 - A META DE ELIMINAÇÃO¹⁵ DA HANSENÍASE E A NECESSIDADE DE SELEÇÃO DE ÁREAS PRIORITÁRIAS PARA OBTENÇÃO DE IMPACTO EM CURTO E MÉDIO PRAZOS

Em 1991, durante a 44ª Assembléia Mundial de Saúde, o Brasil assumiu, junto com 122 países endêmicos, o compromisso de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o final do ano 2000, ou seja, reduzir a taxa de prevalência de 17,1 para menos de um doente por 10.000 habitantes. Politicamente, a incorporação dessa meta pelo Brasil significava a caracterização da hanseníase como uma prioridade do SUS e, operacionalmente, a intensificação as ações de controle da doença, pois, para o Brasil – o primeiro das Américas em número absoluto de casos registrados, e responsável por mais de 80% dos casos da América Latina¹⁶ – isto correspondia reduzir a prevalência em 18 vezes.

¹³ Segundo a NOB 96 e o Manual de Organização da Atenção Básica, a atenção básica é “um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltado para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”

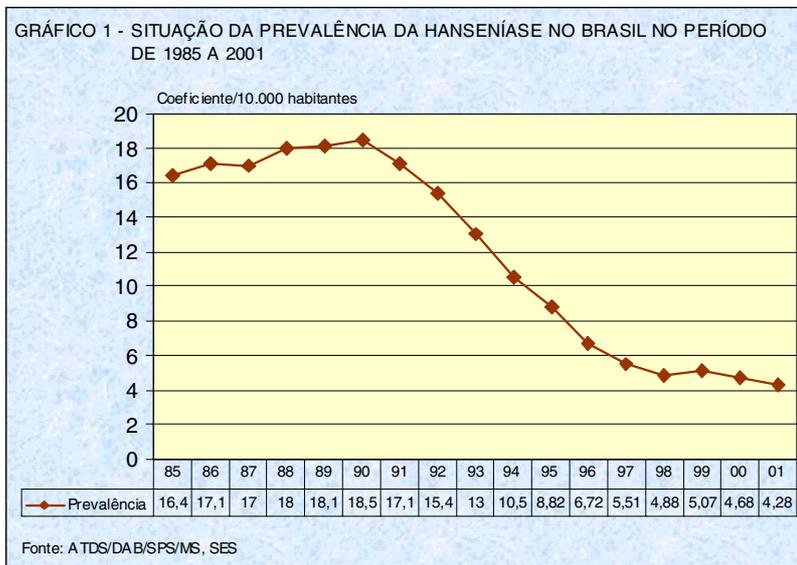
¹⁴ Norma Operacional de Assistência à Saúde (2001) - Documento de Vera Andrade, V & Pellegrini, B. O que mudou na hanseníase com a Noas. SES-RJ/GT/Hansen/Conasems, 2001.

¹⁵ Eliminação é a redução da morbidade a um nível de controle e vigilância da cadeia de transmissão quando o agravo deixa de ser um problema de Saúde Pública. Eliminar é diferente de erradicar, situação em que o agente causador, de fato, desaparece. Portanto, o termo eliminação significa a redução da fonte de infecção que diminui a magnitude do problema, levando ao desaparecimento natural da doença, cujo corte estabelecido pela OMS é de menos de um caso por 10 mil habitantes.

¹⁶ Países que eliminaram a hanseníase: Paraguai, Argentina, Uruguai e México; entretanto, apresentam províncias com taxas superiores à recomendada pela OMS.

Entre os estados brasileiros, os coeficientes de prevalência variam muito. Dos 27 estados, o Amazonas, o Mato Grosso e o Tocantins apresentam coeficientes considerados hiperendêmicos e nove estados (RO, AC, RR, PA, AP, MA, PE e GO) têm taxas muito altas segundo o parâmetro nacional. As regiões Norte e Nordeste apresentam, portanto, as maiores taxas de detecção da doença, enquanto a região Sudeste os maiores números absolutos.

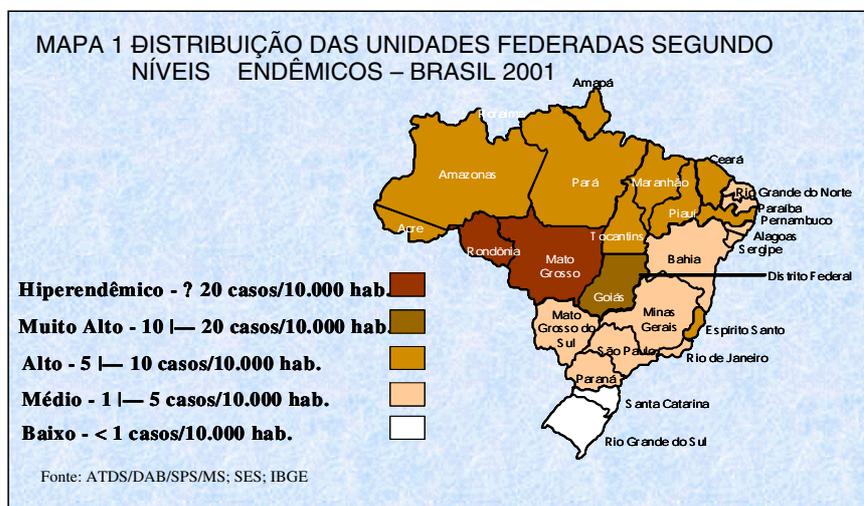
A taxa de prevalência da hanseníase passou de 16,4/10.000 habitantes, em 1985, para 6,72/10.000 habitantes, representando 105.520 casos em registro ativo ao final de 1996. A redução de 1985 para 1997 foi de 66,4 % e, de 1995 para 1997, de 36%, conforme mostra o gráfico 1.



Apesar dos resultados positivos em relação à queda da prevalência nacional, o coeficiente de 6,72 casos por 10.000 habitantes ainda é muito alto (segundo o parâmetro nacional: 5 a 10 casos por 10.000 habitantes e, segundo o parâmetro da OMS: mais de 1 caso por 10.000 habitantes). Em 1996, as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram taxas de prevalência consideradas muito altas e, as regiões Sul e Sudeste, taxas médias.

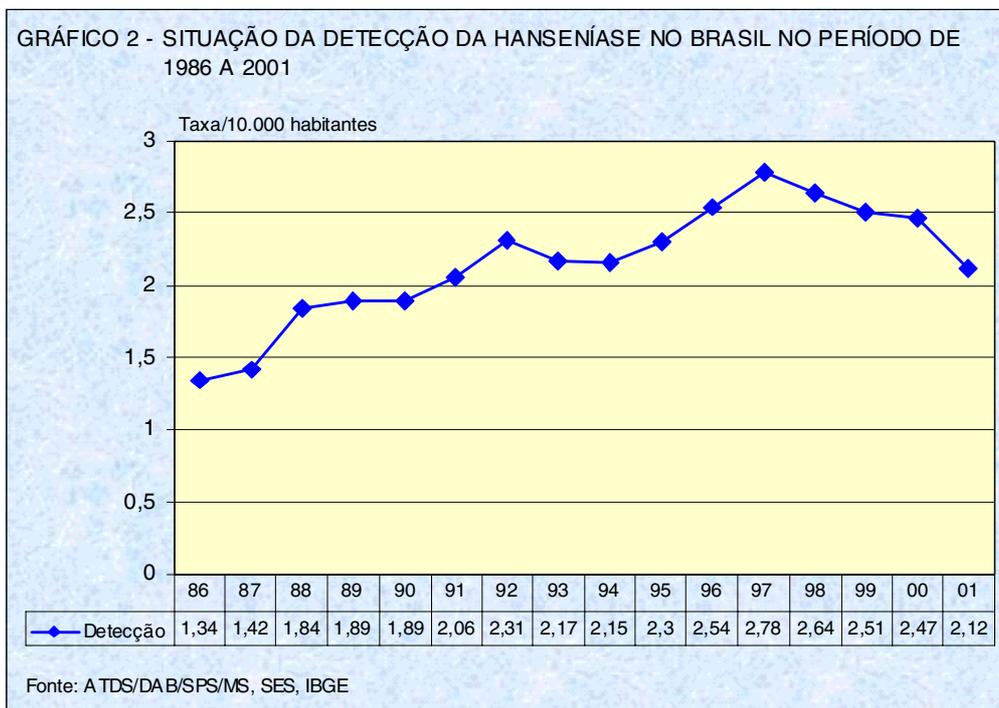
Considerando a redução anual da ordem de 20%-25% na taxa de prevalência, estima-se que, em 2005, esta taxa esteja ao redor de 1/10.000 habitantes, em termos nacionais. Conseqüentemente, considera-se que o Brasil alcançará a meta de eliminação próximo ao ano 2005. Entretanto, essa meta poderá ser alcançada rapidamente se o critério da OMS para o cálculo da taxa de prevalência for adotado pelo Brasil¹⁷. A redução do tempo de tratamento com PQT/OMS é um fator favorável na redução da taxa de prevalência.

Até o momento, segundo os últimos dados atualizados de 2001 e de acordo com os parâmetros da OMS, somente dois estados apresentaram as taxas de prevalência de eliminação: RS (1996) e SC (1997), mapa 1; apresentam previsão de eliminação, em 2002/2003, os estados de AL, PR, RN, SP e o DF. Registre-se que centenas de municípios atingirão a meta de eliminação.



¹ Se esse critério for adotado, a taxa de prevalência atual deveria ser 4/10.000 habitantes e não 5/10.000 habitantes.

O incremento na taxa de detecção de casos novos foi significativo na última década devido, principalmente, às campanhas na mídia e à descentralização do diagnóstico e tratamento: passou de 1,34, em 1986, para 2,78, em 1997; considera-se que a prevalência oculta estimada tenha diminuído de 33%, em 1992, para 19%, em 1996¹⁸.



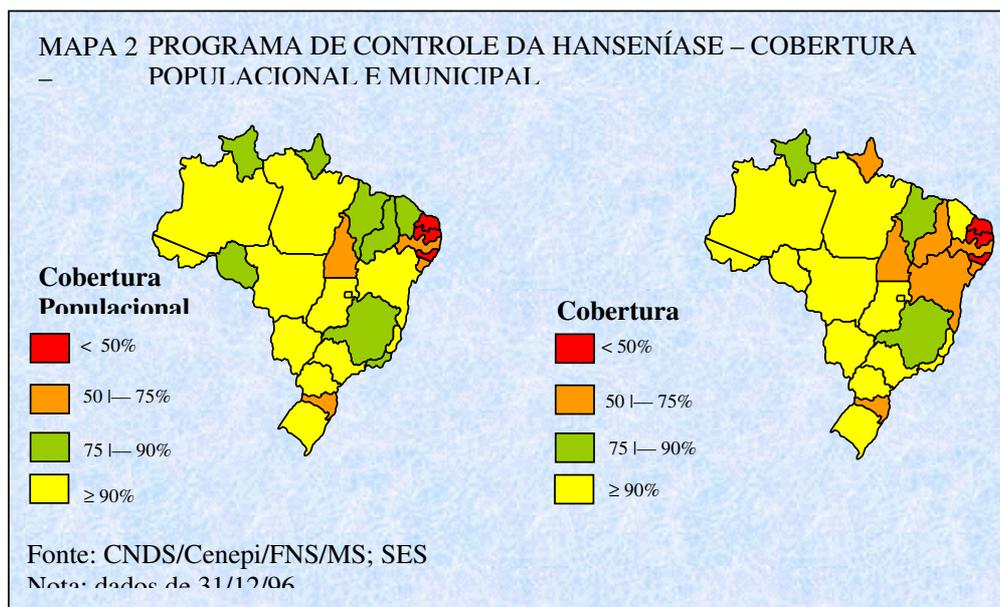
A taxa de detecção de casos novos de hanseníase entre crianças (< de 15 anos de idade) é considerada um indicador de alta endemicidade. Foram detectados 36.882 casos novos de hanseníase nesse grupo etário em todo o País de 1985 a 1997. O incremento em número absoluto foi de 165 % e 142 % na taxa de detecção em crianças. O incremento variou entre as regiões, sendo o maior no Nordeste (420%); a região Sul apresentou incremento negativo (-20%)¹⁹.

O dado de cobertura²⁰, associado à organização de serviço e oferta com qualidade, é fundamental para o alcance da meta de eliminação da hanseníase. Em 1996, 67% dos municípios brasileiros tinham menos de uma unidade de saúde com ações de diagnóstico e tratamento de poliquimioterapia padrão/OMS disponíveis. Isso significa que 89% da população estava coberta pelas ações de controle da hanseníase no País, como demonstra a mapa 2.

¹⁸ O cálculo de estimativa de prevalência oculta é baseado: 1. na proporção de casos com incapacidades físicas II e III entre os casos novos detectados e avaliados no ano; 2. Proporção de municípios com ações de controle implantadas; 3. Proporção da população coberta pelas ações de controle da hanseníase; 4. Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos de idade.

¹⁹ Relatório de Atividades da CNDS/Funasa, apresentado no Congresso da China (Brasília, 1998).

²⁰ O critério de cobertura estabelecido em 96 pela CNDS é de que a relação unidade/população seja de uma unidade para 20.000 habitantes.



O compromisso com a meta de eliminação municipal levou a Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária/CNDS, ligada ao Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde, a apoiar financeiramente os municípios de alta endemicidade por meio da transferência de recursos financeiros via convênio²¹.

No âmbito das prioridades governamentais, foram definidas as seguintes metas para 1997:

- diagnosticar e tratar com poliquimioterapia (PQT/OMS) 100% dos casos novos esperados (45.168 casos);
- reduzir as deformidades físicas, diagnosticando 90% dos casos novos sem deformidades;
- dar alta por cura a 80% dos casos que iniciaram o tratamento e em condição de alta;
- reduzir em 15% a 20% ao ano a taxa de prevalência;
- assegurar que 90% da população dos estados e 75% dos municípios sejam cobertas com ações de diagnóstico e tratamento da hanseníase.

Associada a essa estratégia de apoiar técnica e financeiramente os municípios prioritários para alcançar as metas acima estabelecidas, foi criado, no final de 98, por meio da Carta de Goiânia, um grupo tarefa (GT Hansen/Conasems), formado por técnicos do MS, da Opas/OMS, das SES do Rio de Janeiro e de São Paulo e do representante do Morhan, para assessorar o Conasems na mobilização dos gestores municipais com vistas à aceleração do processo de eliminação da hanseníase no Brasil.

No dia 24 de agosto de 2000, o Conasems reafirmou o compromisso municipal com a eliminação da hanseníase, ao anunciar a aliança para eliminação da doença durante XVI Congresso de Gestores Municipais, em Salvador, indicando a importância da municipalização para esta eliminação.

O alcance da meta não se associa apenas à detecção (tendência ascendente e intensificação do diagnóstico) e à efetividade do tratamento (dose fixa PQT/OMS e abandono), mas “a gestão descentralizada para as ações de eliminação da doença são de vital importância para o alcance da cobertura universal, o que levará à quebra da cadeia de transmissão da doença, através do seu diagnóstico precoce, do tratamento com PQT/OMS e redução do abandono. A estratégia para a consecução deste objetivo tem sido o Plano Nacional e Estadual de Eliminação da Hanseníase que atua, em 2001, em 329 municípios prioritários, que são responsáveis por 50% da população brasileira e 80% de todos os casos da doença no país, incluindo as grandes metrópoles, para o alcance da eliminação da hanseníase como problema de saúde pública”.

Visando à eliminação da hanseníase, a Secretaria de Políticas de Saúde, em 2002, programou recursos financeiros para a descentralização dos serviços de saúde e implantação e implementação do PSF e Pacs em todo o País. Há um ambiente propício para que os três níveis de governo e a sociedade reafirmem uma “Ação Mobilizadora Nacional”²².

²¹ Convênio é o instrumento legal que disciplina a transferência de recursos públicos (união), visando a execução do projeto-atividade-plano de trabalho em regime de mútua cooperação

²² Relatório de Atividades da Área de Dermatologia Sanitária 1998-2001 – documento fotocopiado (Janeiro de 2002, SPS/MS, Brasília).

Nesse contexto, cabe referir ainda a recente Portaria Ministerial N° 1838, de 9 de outubro de 2002²³, publicada no D.O.U. N° 198, seção 1, páginas 21 e 22, de 11 de outubro de 2002, que define as diretrizes e estratégias para o cumprimento da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2005 e cria, tal como para o controle da tuberculose, o Incentivo para Ampliação da Detecção da Prevalência oculta da Hanseníase no âmbito da atenção Básica. Assim, o inciso IV do artigo 1° estabelece que o MS “deverá oferecer apoio técnico e financeiro aos planos municipais e estaduais de eliminação, particularmente quanto a material de comunicação, abastecimento de medicamentos, capacitação de recursos humanos e manutenção e divulgação dos dados epidemiológicos”. O inciso V do mesmo Artigo estabelece que o MS “deverá desenvolver atividades de supervisão e assessoria às SES e aos municípios prioritários para eliminação da hanseníase.”

No que se refere à definição de prioridades para eliminação da hanseníase até o ano 2005, a referida Portaria também determina critérios para incentivo e apoio financeiro com base na população e nos coeficientes de prevalência e detecção. Nesse sentido, estabelece, segundo o inciso III do Art. 5°, alínea “a”: “para Municípios com população acima de 20 mil habitantes, taxa de prevalência superior a 4/10 mil e taxa de detecção superior a 2/10mil” e “b”: “para Municípios com população abaixo de 20 mil habitantes, notificação de, pelo menos, 12 casos novos no último ano”

A aplicação desses critérios, segundo o inciso 3 do Art. 5° da mesma Portaria, prioriza 915 municípios, sendo 308 (com base nos dados de 2001) nas condições da alínea “a” e 607 (dados de 1999/2000) nas da alínea “b”, conforme Tabela 1.

TABELA 1

MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS SEGUNDO CRITÉRIOS DA PORTARIA N° 1.838 DE 9 DE OUTUBRO DE 2002.

CONDIÇÃO DE PRIORIZAÇÃO	MUNICÍPIOS
Alínea “a” (1) População > 20000 Prevalência > 4/10000 Detecção > 2/10000	308
Alínea “b” (2) População < 20000 Notificação de pelo menos 12 casos novos no último ano	607
TOTAL BRASIL	915

Fonte: ATDS/DAB/SPS/MS Nota: (1) dados de 2001 (2) dados 1999/2000

O Ministério da Saúde, no desempenho de seu papel regulador do processo da descentralização, dispõe de mecanismos de acompanhamento e de cobrança de responsabilidades mais operacionalizados formalmente para modalidades de financiamento por meio de convênios, com maior garantia na aplicação dos recursos no objeto estabelecido

Este acompanhamento deve ser institucionalizado no repasse regular e automático do fundo a fundo que se constitui num avanço em termos de autonomia financeira.

Além do papel de regulador, de formulador e de avaliador de políticas, o Ministério da Saúde ainda é a principal fonte de financiamento do SUS, sobretudo para políticas públicas de pouca pressão local, como o alcance da eliminação da hanseníase.

1.3. MODALIDADES DE REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS DA UNIÃO PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS

O Fundo Nacional de Saúde/MS tem a missão de gerenciar os recursos orçamentários e financeiros necessários e priorizados para o desenvolvimento de programas e ações com vista à proteção e recuperação da saúde²⁴.

O repasse de recursos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde visa:

²³ publicada no D.O.U. n° 198, seção 1, páginas 21 e 22, de 11 de outubro de 2002.

²⁴ Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual Básico. Série A. Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Editora do MS, 2002, p. 13-15.

- fortalecer os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde;
- alocar recursos com base em critérios epidemiológicos, demográficos; características qualitativas e quantitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior e Previsão do Plano Quinquenal de Investimentos da Rede de Serviços para corrigir desigualdades na sua distribuição, entre regiões e extratos sociais.

Além do Fundo Nacional de Saúde, as instituições vinculadas, como a Fundação Nacional de Saúde, podem, com base no seu orçamento e nas suas prioridades, estabelecer parcerias por meio de convênios.

A **cooperação financeira** reforça as parcerias com órgãos ou entidades federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal, outras instituições privadas sem fins lucrativos e organismos internacionais das Nações Unidas mediante:

- transferência fundo a fundo;
- remuneração por serviços produzidos;
- celebração de convênios; e
- acordos internacionais.

A **transferência fundo a fundo** ocorre de forma regular e automática aos municípios, estados e Distrito Federal, segundo condições, critérios e formas estabelecidas nas Leis N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e N.º 1232, de 30 de agosto de 1994, bem como nas Normas Operacionais Básicas (NOB) do Sistema Único de Saúde e Instruções Normativas correspondentes²⁵. Entre as transferências, segundo a Noas, consta o Piso de Atenção Básica Ampliado (Paba), que é composto de uma parte fixa de recursos (Paba Fixo), destinados à assistência básica, e de uma parte variável (Paba Variável), relativa aos incentivos para o desenvolvimento de ações relacionadas aos programas de atenção básica desenvolvidos pelo MS, cuja implantação está sujeita à aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite (integrada por gestores dos três níveis de governo). Para o repasse fundo a fundo, são observadas as condições de gestão, bem como as qualificações exigidas pelos respectivos programas que contam com incentivos.

A NOB é o instrumento legal que define o modelo de gestão do SUS e promove a autonomia técnico-financeira, com a transferência de recursos e a responsabilização dos próprios gestores.

Essa sistemática de transferência viabiliza a política de descentralização e apresenta uma forma de interação menos burocratizada, mais ágil em termos do repasse, visando os resultados e a responsabilização dos gestores estaduais e municipais. Apesar da insuficiência do monitoramento e avaliação da aplicação dos recursos por parte da União, como gestor gestor nacional, essa modalidade de repasse garante a convergência de esforços e recursos para o município, local de origem dos problemas de saúde e onde as soluções devem ser buscadas.

A **remuneração por serviços produzidos** consiste no pagamento diretamente aos prestadores de serviços de saúde cadastrados no SUS. O pagamento é feito mediante apresentação de fatura dos atendimentos de média e alta complexidade executados/aprovados na área ambulatorial e hospitalar, com base na Tabela dos Serviços do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), observados os tetos financeiros dos estados e municípios.

Os **acordos internacionais** financiam projetos relevantes e prioritários de interesse do governo para impactar o sistema nacional de saúde, como o Projeto de Reforço à Reorganização do SUS/Reforsus e o Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde/Vigisus.

A **celebração de convênios** e instrumentos similares é a transferência de recursos por meio da parceria estabelecida com órgãos ou entidades estatais e organizações não governamentais, interessados em financiamentos de projetos específicos e prioridades estratégicas na área da saúde.

Em relação à celebração de convênios e instrumentos similares, a legislação é ampla e complexa. A Instrução Normativa/STN-MF n.º 1, de 15 de janeiro de 1997, a Lei N.º 8666, de 21 de junho de 1993, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual são essenciais, sendo que o seu cumprimento é condição necessária para o atendimento da solicitação de financiamento ao Ministério da Saúde e à Fundação Nacional de Saúde²⁶.

²⁵ NOB/SUS 1996 e Instrução Normativa 01/98, de 2 janeiro de 1998.

²⁶ **Normas de Financiamento de Programas e Projetos mediante a Celebração de Convênios:** orientações técnicas 2001/2002. Série A. n.74. Fundo Nacional de Saúde. Brasília: Editora MS, 2002. p. 12.

A modalidade de repasse de recursos via convênio, como referido, foi observada desde a primeira política de controle da hanseníase para construção e manutenção dos hospitais colônia. Essa política foi posteriormente intensificada na estruturação da Campanha Nacional, no governo de Juscelino, com a priorização das ações de controle da hanseníase nas unidades polivalentes (centros de saúde). Além disso, os dispensários foram transformados gradualmente em centros de saúde, de acordo com a política de integração implementada em vários estados²⁷, quando um montante significativo de recursos foi investido numa estrutura própria de dispensários, equipes de inspetores e guardas sanitários, carros e viagens de supervisão em todo o País. A segunda metade da década de 70 é caracterizada pela transferência de recursos humanos e materiais para os estados ou órgãos federais locais, por meio do chamado convênio global entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

Não foi possível identificar a forma de repasse de recursos na mudança para Brasília e na tentativa de integração das áreas técnicas no Ministério da Saúde, ocorrida em 1976/77, quando a Divisão de Dermatologia Sanitária (DNDS) passou a integrar a Secretaria de Atenção Básica de Saúde/Snabs e, em 1985, a Secretaria de Programas Especiais de Saúde/Snpes, juntamente com a Pneumologia Sanitária. Sabe-se que, no início da década de 80, a política das Ações Integradas de Saúde (AIS) permitiu o reforço de programas de estados prioritários mediante convênio do Finsocial.

Em 1986, na Nova República, a reestruturação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase para implantação da poliquimioterapia, com ênfase na descentralização e integração da hanseníase na rede básica de serviços de saúde, contava com a implementação das AIS e posteriormente o Suds. Além disso, houve a ampliação das fontes de recursos mediante parcerias com organismos não governamentais internacionais (ONG's) e intergovernamentais, destacando-se a Opas/OMS, mantida até a data atual. Esse ano é também marcado pela atuação de várias ONGs internacionais, mediante orçamento de U\$ 800.000,00, destinado a apoiar a implantação gradual da poliquimioterapia, além do fornecimento de medicamentos específicos, como o blister, por intermédio da Opas/OMS. Esse acordo foi significativo e ampliado (Nippon Foundation) em 1996, que permanece, até agora, com a Novartis.

A Fundação Nacional de Saúde, criada pelo Decreto Nº 100, de 16 de abril de 1991, incorporou os programas de Pneumologia e de Dermatologia Sanitária. Essa transferência foi marcante do ponto de vista do financiamento, sobretudo no período de 1992 a 1995, quando as atividades de ações de controle e de expansão da PQT, programadas pela SES, eram financiadas mediante repasses em forma de destaque para as coordenações regionais da Fundação (de unidade gestora federal-sede para unidade gestora federal no estado), ou fazendo parte da programação local da própria coordenação regional.

No ano de 1996, o orçamento do programa da hanseníase ficou alocado na fonte 155 da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) e tornou-se inexistente na sua homologação, o que justificou maior priorização em 1997. Ressalte-se que, historicamente, a hanseníase apresentou baixa execução financeira de seus orçamentos por fatores diversos, como contingenciamento, cancelamento e remanejamentos para outras áreas mais prioritárias e para a cobertura de restos a pagar.

Na tentativa de intensificar e alavancar a descentralização e estimular a autonomia dos municípios, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) estabeleceu como prioridade, em 1997, a estratégia de apoio técnico-financeiro aos municípios prioritários e viabilizou o repasse de recursos financeiros via convênio, diretamente aos municípios selecionados em função de critérios epidemiológicos (alta prevalência) e operacionais, para reforçar a organização de serviços e aumentar a cobertura das áreas técnicas da hanseníase, tuberculose, malária e dengue.

Juntamente com essa estratégia da Funasa, a Organização Pan-Americana de Saúde estabeleceu e operacionalizou, em conjunto com a CNDS, uma proposta de apoio aos municípios com menos de 50 mil habitantes que apresentavam elevado coeficiente de prevalência.

O Plano de Metas Prioritárias do Governo, no biênio 97/98, priorizou a eliminação da Hanseníase no Controle de Endemias. A principal estratégia foi sensibilizar os principais municípios endêmicos a assumirem a meta de eliminação na sua comunidade. Essa meta seria mais bem viabilizada se o alvo das ações de controle fosse o espaço onde se dá a transmissão da doença – município – e, segundo a Coordenadora Nacional do Programa (Oliveira, 1997), para onde deve convergir o investimento para garantir o acesso dos pacientes ao diagnóstico precoce, tratamento e às ações de prevenção da doença e de promoção da saúde.

²⁷ Boletim da Divisão Nacional de Lepre 01/4, de 1972.

A estratégia de campanhas municipais de suspeição, diagnóstico e tratamento tem viabilizado a ampliação da cobertura, uma vez que os profissionais que participam das campanhas assumem posteriormente ações de rotina (de confirmação do diagnóstico, tratamento e acompanhamento e alta por cura), traduzidas em metas e vinculadas aos planos de trabalho dos convênios celebrados.

Além da inclusão do Plano de Eliminação da Hanseníase nas prioridades do Governo, foram identificadas, em 1997, outras forças que facilitariam o processo, tais como:

- a tecnologia, sobretudo a poliquimioterapia que minimiza a baixa vulnerabilidade da doença;
- o apoio das ONG's internacionais aos projetos estaduais de eliminação, em que 24 estados contam com projetos para apoiar as áreas mais endêmicas²⁸;
- o apoio da OMS/Opas aos Planos Municipais de Eliminação²⁹ de 40 municípios;
- O desenvolvimento da estratégia do Programa da Saúde da Família, que viabiliza o acompanhamento domiciliar dos doentes, o rastreamento de novos casos, a recuperação e a prevenção do abandono do tratamento;
- as potencialidades das parcerias internas com o Centro Nacional de Epidemiologia/Cenepi (os Laboratórios, os Programas de Imunização e de Pneumologia Sanitária) e as instâncias estaduais e municipais, por intermédio da articulação com o Conass e o Conasems para divulgação do Plano de Eliminação;
- participação das Universidades, dos Centros de Referência³⁰, do Comitê Técnico-Científico e dos coordenadores estaduais do programa caracterizam importante massa crítica envolvida, bem como os movimentos organizados da sociedade civil, como o Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan)³¹;

Obviamente que, ao lado desse cenário que influenciava positivamente o controle e o alcance da meta de eliminação da hanseníase, foram também analisadas as forças que dificultavam, tais como:

- a falta de garantia das programações orçamentária financeira federal, estadual e municipal, o fluxo irregular e incerto de recursos financeiros e da dependência de recursos federais e dos projetos das ONG's;
- a falta de política de recursos humanos, ocasionando a desmotivação das gerências, agravada pela insuficiência de equipes, quantitativa e qualitativamente;
- baixa vulnerabilidade da doença, com tratamento prolongado e de alto custo, sem vacina;
- tendência ascendente da endemia e a possibilidade de não atingimento da meta de eliminação por parte dos estados;
- deficiência do Sistema de Informação em algumas unidades federadas; e
- processo ainda incipiente de municipalização das ações respectivas em alguns estados.

Diante da necessidade de se alcançar a meta de eliminação da hanseníase e do fato de que esta meta seria mais facilmente atingida se o investimento convergisse para o local onde ocorre o problema e se dá a transmissão da doença, o município e a CNDS operacionalizaram, no biênio 97/98, o repasse de recursos financeiros diretamente aos municípios de alta prevalência em hanseníase e não mais exclusivamente apoio financeiro ao estado.

aos municípios de alta prevalência em hanseníase e não mais exclusivamente apoio financeiro ao estado.

²⁸ No Brasil, atuam seis ONG's internacionais filiadas à American Leprosy Mission (ALM), em parceria financeira diretamente com os Estados, assim distribuídos: LEpra, de origem inglesa, atua no CE, RN, PB e AL; DAHW, de origem alemã, atua em MT, MS, MA, Am e RR; a ALM, de origem americana, atua em SP e RJ; a AIFO, de origem italiana, atua em GO, BA, PA e AC; a Netherlands Leprosy Relief, de origem holandesa, atua no PI, RO, PR, PE, MG, ES, SE, AP e TO e a Damien Foundation, de origem belga, atua no Distrito Federal.

²⁹ A OMS/Opas apoia Planos de Eliminação de municípios com menos de 50 mil habitantes, envolvendo R\$ 200.000,00.

³⁰ Centros de Referência reconhecidos pela Portaria N.º 815/GM, de 26 de julho de 2000: Laboratório da Hanseníase da Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz (RJ); Instituto Lauro de Souza Lima, em Bauru, da SES/SP e o Instituto de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta da SES/AM.

³¹ Movimento social formado por pacientes e voluntários, criado no Hospital Lauro Souza Lima de Bauru/SP e membro do Comitê Assessor de Dermatologia Sanitária desde 1985 e do Conselho Nacional de Saúde.

1.4. OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de repasse de recursos financeiros da União, por intermédio de convênios, no período de 1997/1998, aos municípios definidos como prioritários em decorrência da alta prevalência da doença, considerando as ações voltadas ao controle e ao alcance da meta de eliminação da hanseníase.

1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de repasse, via convênio, de recursos pela esfera federal aos municípios prioritizados.
- Construir critérios de estratificação dos municípios prioritizados e apoiados financeiramente, baseados na localização, população, valor do convênio, condição de gestão, implantação do Pacs e PSF e *score* de desempenho financeiro.
- Identificar os fatores facilitadores e restritivos do processo estudado.
- Procurar identificar eventuais efeitos do repasse de recursos sobre os indicadores do Programa.

2. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

2.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os conceitos de avaliação na revisão da literatura, feita a partir da década de 80, vão desde a avaliação administrativa, formativa e somativa até a pesquisa avaliativa, de resultados e impacto. Ao longo do tempo, as opiniões apresentam diferenças, mas a grande maioria concebe a avaliação basicamente como um julgamento de valor de uma ação, uma iniciativa organizacional, um serviço, programa ou projeto (BARRETO, J. A. E.). Segundo CONTRADRIPOULOS (1992), a avaliação é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, estratégia implementada para melhorar o funcionamento do programa, projeto ou política, que objetiva subsidiar a tomada de decisão e a revisão do plano de ação, possibilitando uma reorientação dos trabalhos ou atividades.

O julgamento de valor, para HARTZ (2000), pode tanto ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa), quanto a utilização de métodos científicos para analisar a pertinência, os efeitos e o rendimento de uma intervenção e as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa (pesquisa avaliativa). A avaliação normativa pressupõe, portanto, a identificação de normas claras e de padrão desejado e adequado sobre o objeto a ser avaliado, e que servem de referência para a emissão do julgamento de valor. Também de acordo com ROSSI & FREEMAN (1985), deve existir uma relação forte entre o respeito aos critérios e normas definidas e os efeitos na intervenção ou programa.

A avaliação de serviços (PEREIRA, 1995), no que se refere à avaliação da qualidade, pode ser entendida como o grau de adequação ou excelência alcançada na execução das ações e serviços, cujos componentes seriam a eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acesso, adequação, aceitação e qualidade técnico-científica

HARTZ (2001), citando DONABEDIAN (1980, 1986, 1988)³², sugere que uma avaliação de qualidade dos serviços de saúde considere fundamentalmente **a estrutura** (recursos e insumos utilizados), **o processo** (serviços e conjunto de atividades utilizadas na administração dos recursos) e **os resultados** (efeitos e mudanças verificadas na melhoria das condições de saúde das pessoas) A avaliação de resultados é seqüência da avaliação ou validação de estrutura ou processo, pois os resultados são sempre consequência de um processo, programa, projeto, ação. A avaliação adequada da estratégia de melhoria da atenção à saúde deve começar com a avaliação de estrutura e de processo. Assim, segundo TANAKA (2001), é possível obter resultados dos serviços e de programas sem que isto seja de fato o impacto, ou seja, a modificação dos indicadores epidemiológicos.

Ainda segundo TANAKA (2001), a avaliação é basicamente uma área de aplicação ao utilizar teorias, conceitos e instrumentos de diversas áreas do conhecimento; quando se refere a programas e serviços de saúde é um processo técnico-administrativo associado à tomada de decisão, envolvendo o momento de medição, de comparação e de emissão de juízo de valor. Neste estudo, a avaliação é considerada parte do

³² DONABEDIAN, A. - "The Quality of Care – How can it be assessed?" Journal of the American Medical Association, 260: pp 1.743-1748.

processo de planejamento e da gestão que, ao identificarem os problemas da intervenção da ação na situação inicial, direciona ou redireciona políticas, estratégias, diretrizes e procedimentos (TANAKA, 2001).

Para o diretor do Banco Mundial, ALBERTO DE CAPITANI (1993), a avaliação é vista “como parte integrante do aprendizado institucional, como um processo contínuo, interativo, tanto com as pessoas envolvidas e atingidas pela política, quanto com os tomadores de decisão”. A avaliação pode ser entendida como a verificação da associação dos meios empregados e os efeitos obtidos para atingir objetivos governamentais. É também vista como parte do processo de gerência, de gestão pública orientada para resultados.

A avaliação como *feedback*, produto de interesses e resposta de mal estar dos tomadores de decisão, é chamada avaliação responsiva, em harmonia com a cultura e o estilo de aprendizagem institucional (GUBA, 1987). A prática da avaliação permite medir os efeitos de uma política, detectar possíveis erros e realizar correções e sinalização de alternativas.

A institucionalização da avaliação na França (MELDOLESI, 1996) é resultado de 10 anos de discussão sobre a reforma do Estado, vista como uma resposta a sua crise, sentida pela sociedade, e que contribui para enfrentar os problemas complexos. Ela evoluiu do conceito determinístico, em que avaliar significa medir os efeitos de uma política por intermédio do modelo experimental que envolveu políticos e avaliadores (mas que deixou à margem os funcionários) e subestimou a complexidade dos processos observados para um conceito político, no qual avaliação é um instrumento de qualidade democrática, vinculado à solução dos problemas nacionais. Há uma diferenciação, no entendimento de VIVERET (1989), na dimensão política da avaliação entre a função política de avaliar – que é de atribuir valor – e a função técnica, que é de facilitar a atribuição de valor.

Segundo MONNIER (1990), vários atores estão envolvidos no processo, tanto os que decidem quanto os funcionários, e interessados ou beneficiários, exigindo uma especial sabedoria, um “*savoir faire*” dos responsáveis pela avaliação que devem agir como metodologistas e como mediadores, facilitando as relações entre os envolvidos ou implicados.

O conceito de avaliação na França está associado ao conceito chave de responsabilidade, intrínseco à função pública, promovendo o debate democrático e equilibrando a correlação de forças. Os Estados Unidos, Canadá e Austrália também criaram organismos específicos para avaliar suas tecnologias.

A avaliação pode ser utilizada para clarificar situações desenvolvidas e em desenvolvimento e para lutar contra a entropia social, focalizando o processo de aprendizagem coletiva.

A sistematização contínua e adequada da prática de avaliação e a maneira como o resultado dessas avaliações é incorporado caracterizam a aprendizagem organizacional que, segundo ARGYRIS E SCHÖN (1996), “(...) podem desenvolver a capacidade de aprender a aprender”. Nesse mesmo sentido, HABICHT (1999) e HARTZ (2001) observam que muitos estudos de avaliação são realizados sem definição clara da aplicação dos resultados para a adequação dos objetivos, da estratégia, da metodologia, do plano, da incorporação institucional das recomendações. Cerca de um terço das avaliações realizadas são de baixa qualidade, não aplicam resultados e nem justificam seu custo.

A avaliação é ao mesmo tempo um crítico dos efeitos, um medidor da eficácia e efetividade, um veículo de responsabilidade, um instrumento de gestão e gerência indispensável ao governo; por estar diretamente ligado ao processo de planejamento, às políticas públicas, a avaliação deve ser institucionalizada.

Antes de avaliar o impacto, é fundamental que seja verificado se o programa ou a intervenção alcançou seus objetivos mais imediatos, os também chamados de microimpactos. Num programa ou intervenção com comprovada eficácia, pode ser suficiente demonstrar que foi conduzido adequadamente e atingiu o público alvo.

Problemas no processo de intervenção refletirão nos resultados. Portanto, é fundamental identificar, em todas as fases que antecedem a implantação e a própria implantação, os problemas e as dificuldades – para fins de revisão – e também as potencialidades, para fins de reforço.

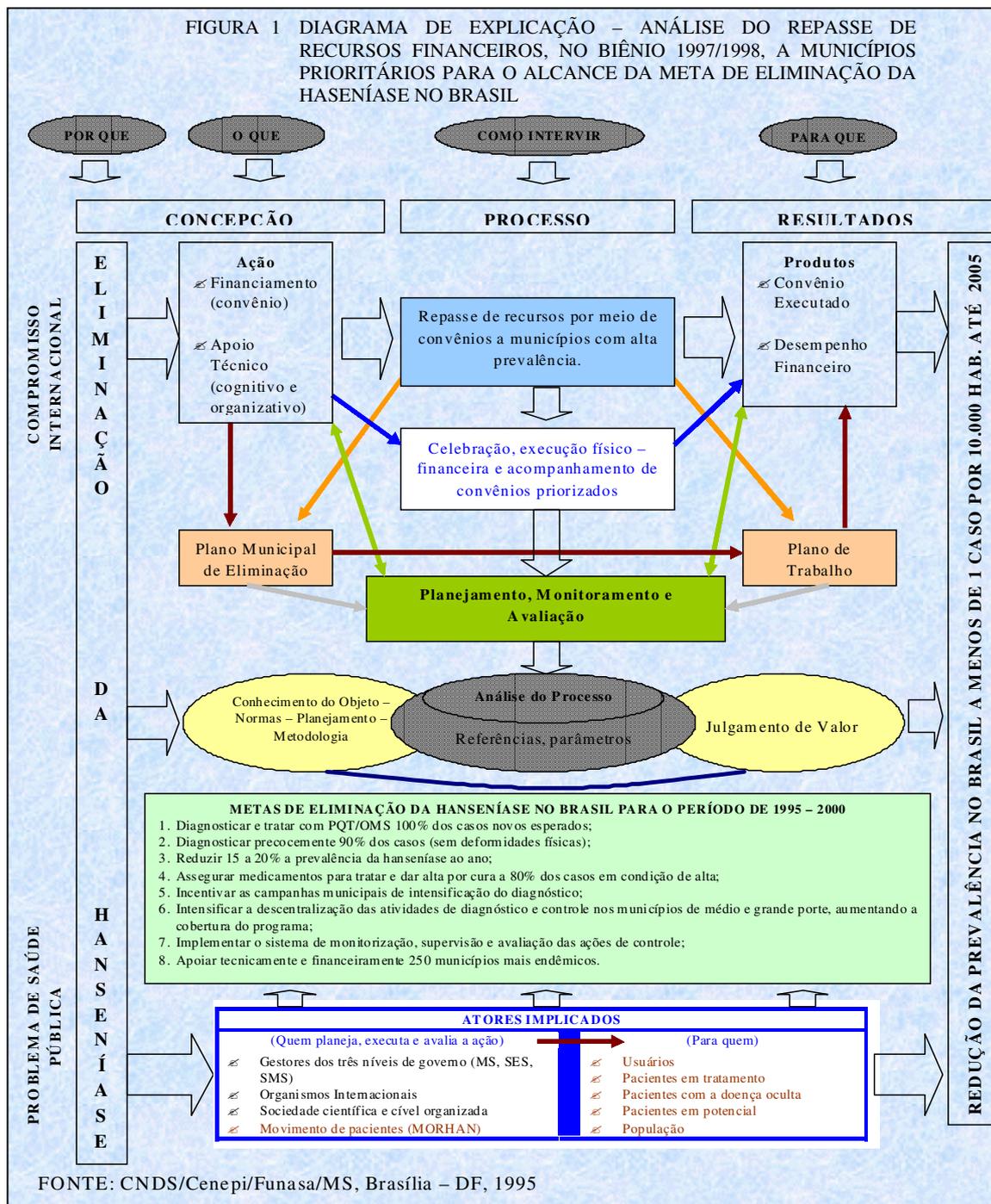
A análise do repasse de recursos, por meio de convênio³³ aos municípios com alta prevalência em hanseníase, pretende verificar a adequação da intervenção: da concepção (estratégias, critérios e metodologia), do processo (metas) e dos resultados.

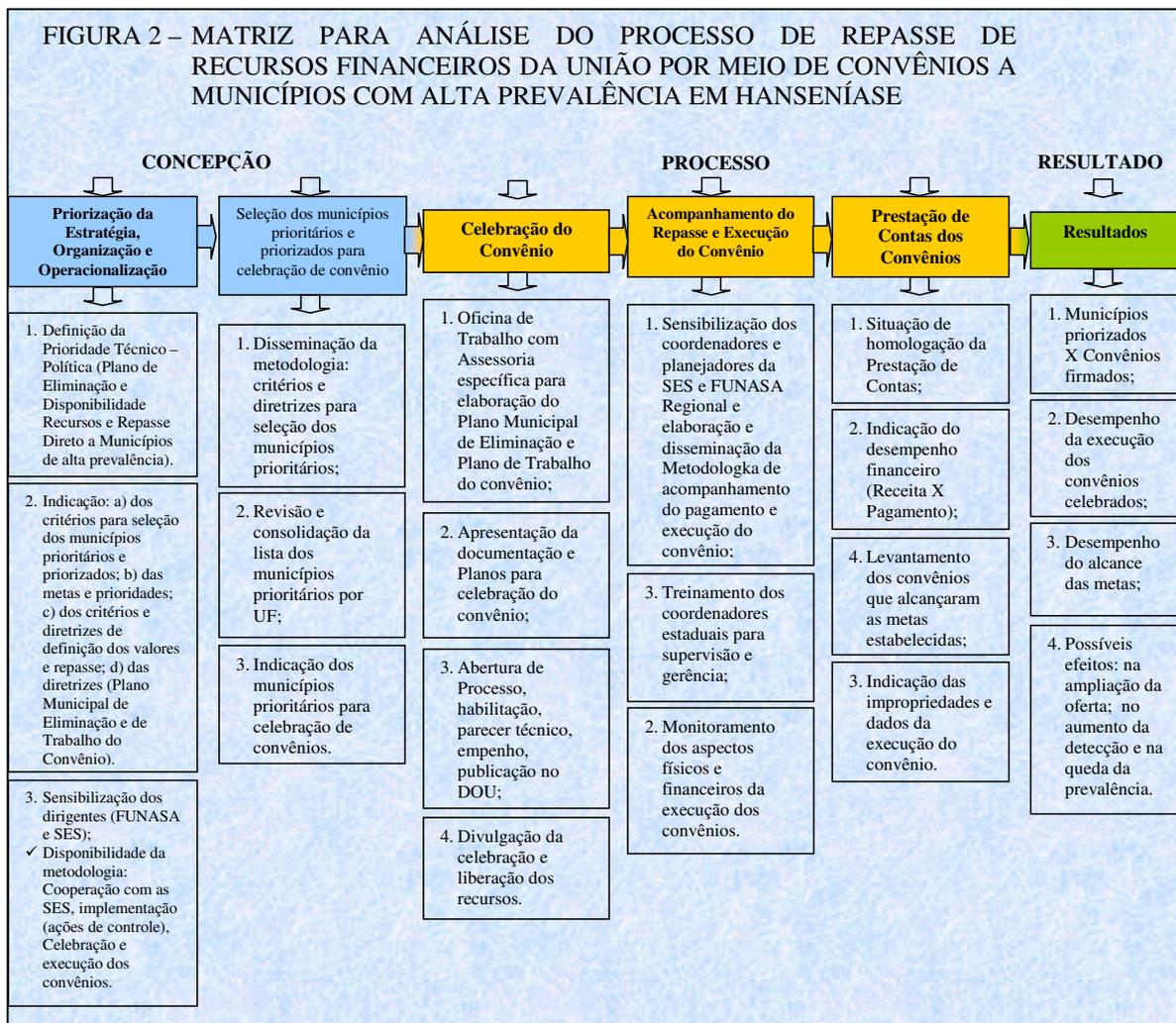
³³ Instrumento que disciplina a transferência de recursos públicos e que tenha, como partícipe, órgão da administração pública federal direta, autárquica ou fundacional, empresa pública ou sociedade de economia mista que esteja gerindo recursos dos orçamentos da União, visando à execução de programas de trabalho, projeto/atividade ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação

A avaliação normativa a ser utilizada neste estudo pressupõe a identificação de normas claras e de padrão desejado e adequado sobre o objeto a ser avaliado e que servem de referência para emissão do julgamento de valor. Os conceitos e referenciais teóricos utilizados na análise não devem ser considerados como definitivos.

2.2. MATRIZ DE ANÁLISE DA INTERVENÇÃO

O diagrama explicativo da implementação de repasse de recursos, apresentado a seguir, demonstra a dinâmica de avaliação do processo e a relação existente entre a ação e os resultados. O diagrama elaborado demonstra de forma dinâmica e sistêmica o processo de repasse de recursos financeiros por meio de convênio aos municípios de alta prevalência para incentivar a eliminação da Hanseníase no Brasil como problema de Saúde Pública, atendendo o compromisso internacional assumido. Descreve as fases de repasse de recursos envolvendo a concepção, o processo e os resultados (prestação de contas), explicado mais detalhadamente na matriz apresentada a seguir:





A Matriz foi elaborada para analisar a intervenção quanto à concepção abrange os componentes estratégicos e orgânicos, como o estabelecimento da estratégia e metodologia de intervenção, a organização e a operacionalização, a seleção dos municípios prioritários e os conveniados por Unidade Federada, para apoio financeiro. A celebração, a divulgação, o acompanhamento da execução do convênio e a prestação de contas fazem parte diretamente da implantação da intervenção propriamente dita, ou seja, do processo.

Procurou-se identificar os resultados esperados – associados à definição de critérios de priorização de municípios – e o desempenho financeiro do repasse de recursos por meio de convênios e se possível a identificação de eventuais efeitos do repasse de recursos sobre os indicadores do Programa de Eliminação da Hanseníase.

2.3. COLETA DE DADOS

Os dados para o estudo foram levantados a partir das variáveis identificadas como necessárias para análise do processo de repasse. Assim, para a coleta de dados foram:

- pesquisados documentos, relatórios e pareceres junto à CNDS referentes ao período de 97 e 98. Tais dados foram de difícil acesso considerando os diferentes arquivos, espalhados – alguns não localizados – em função do número de mudanças de área física ocorridas;
- consultados os processos de celebração de convênios e prestação de contas e de instauração de Tomada de Conta Especial na Funasa Central, em Brasília e nas Divisão de Convênios e Gestão dos Núcleos dos 23 Estados que tiveram municípios conveniados.
- fotocopiados pareceres técnicos da análise de prestação de contas e os Roteiros de Análise Preliminar emitidos pelas DICON/MS buscando identificar eventuais impropriedades na execução do convênio de todos os processos com prestação de contas apresentadas e localizadas;

- elaborado um quadro com os municípios conveniados por UF para obtenção dos indicadores epidemiológicos e operacionais no período de 96 a 2000 (dados também de difícil obtenção). Foram solicitados dados a 24 UF's, por ofício e por correio eletrônico, em junho de 2002, e reiterados sucessivas vezes pela secretária da CNDS;

- entrevistados alguns informantes chaves, tanto da área técnica da hanseníase nas diferentes gestões, quanto da área financeira do Fundo Nacional de Saúde, Assessoria e Prestação de Contas;

- consultado o Siafi – Sistema Integrado de Administração Financeira – para verificação da execução do convênio.

Com relação aos dados sobre indicadores epidemiológicos e operacionais, somente nove estados haviam encaminhado informações até outubro de 2002 e cinco após esta data.

Todos os dados recebidos passaram por um processo de revisão. Esse processo foi moroso e desgastante, considerando a dificuldade de obtenção dos dados (alguns restritos e de baixa qualidade). Dos 211 convênios celebrados, 13 não tiveram suas prestações localizadas. Dos dados epidemiológicos e operacionais, só foi possível obter informações de 14 estados e, ainda assim, incompletos.

Foi elaborado um sistema de banco de dados: Sirfehansen (Sistema de Informação de Repasse de Recursos Financeiros para Controle e Eliminação da Hanseníase), programado na linguagem Delphi, com plataforma de dados paradox que, alimentado, permite a manutenção de dados³⁴ e o cruzamento das informações, a disponibilidade das variáveis selecionadas, a partir do que é possível a construção de relatórios, tabelas e gráficos.

Esse banco de dados, considerando suas características e as variáveis nele introduzidas, está disponível para o acompanhamento e monitoramento de todas as prestações de contas referentes aos municípios conveniados e para outros estudos. Poderá ainda incluir dados financeiros compatíveis aos do Siafi, proporcionando análise do alcance de objetivos e metas de cada município conveniado.

2.4. VARIÁVEIS

As variáveis identificadas e introduzidas no banco criado foram selecionadas com base nos objetivos do estudo (item 1.4 e 1.5) no diagrama de explicação e na matriz para análise do processo de repasse de recursos a municípios prioritários. A seguir, são apresentadas as variáveis estabelecidas para o banco de dados construído para o presente estudo.

Caracterização do Município Conveniado

a) Por UF e região e população por faixa etária

Inferior 50.000 habitantes

50.000 a 100.000 habitantes

100.000 a 300.000 habitantes

300.000 a 500.000 habitantes

Superior a 500.000 habitantes

b) Condição de gestão, segundo a NOB 96 (Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal de Saúde) e Habilitação no Pacs e PSF, no período de 98 a 2000.

³⁴ Manutenção de dados é a permanente inclusão, exclusão, alteração e consulta.

2.4.1. O CONVÊNIO

- a) Valor do concedente³⁵
- b) Valor da contrapartida pactuada (proponente³⁶)
- c) Valor de custeio e do capital aprovado
- d) Valor total dos pagamentos
- e) Valor total das receitas
- f) Valor da contrapartida extra
- g) Valor da aplicação
- h) Data da celebração
- i) Data da primeira ordem bancária
- j) Saldo ao final da vigência
- k) Valor total da devolução

2.4.2. DESEMPENHO FINANCEIRO DO CONVÊNIO EM PERCENTUAL (%)

100 – Muito bom

90 “% 100 – Bom

80 “% 90 – Satisfatório

Inferior a 80 – Insuficiente

2.4.3. PRESTAÇÃO DE CONTAS

- a) Aprovada integralmente (100%)
- b) Aprovada com impropriedades/ressalvas
- c) Em diligência
- d) Não aprovada
- e) Instituída a tomada de conta especial (TCE)
- f) Sem processo localizado
- g) Não executado

2.4.4.1. IMPROPRIEDADES E DIFICULDADES PARA APROVAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS, SEGUNDO A SEGUINTE CATEGORIZAÇÃO:

- a) aspectos formais / legais (relatórios de cumprimento do objeto, demonstrativo de receita e despesa, relação de bens, ata de funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde).
- b) relatório físico-financeiro (preenchimento das metas).
 - 1. as metas não alcançadas conforme plano de trabalho
 - 2. despesas efetuadas para outros fins

³⁵ Refere-se à Funasa ou FNS/MS, responsável pela transferência de recursos financeiros ou pela descentralização dos créditos orçamentários destinados à execução do objeto do convênio.

³⁶ Refere-se ao órgão da administração pública federal direta, autárquica ou fundacional, empresa pública ou sociedade de economia mista de qualquer esfera de governo ou organização particular, responsável pela execução do objeto do convênio.

3. despesas programadas não compatíveis com os gastos realizados
4. datas das notas fiscais, cheques, pagamentos realizados anteriormente à data da ordem bancária ou depois da vigência
5. cheques não correspondentes aos lançamentos nos extratos bancários
6. pagamentos realizados fora da vigência
7. despesas não compatíveis com os elementos de despesas programados
8. bens adquiridos incompatíveis com o programado no plano de trabalho aprovado
9. problemas com a conciliação bancária
10. cheques lançados nos extratos não constam da relação de pagamentos
11. recursos transferidos e não utilizados (foram devidamente aplicados no mercado financeiro)
12. rendimentos não aplicados no objeto do convênio
13. a utilização da contrapartida não comprovada. A dispensa da licitação não justificada legalmente.

2.4.1. RELACIONADAS AOS RESULTADOS DAS AÇÕES PREVISTAS NO PROGRAMA

- a) Coeficiente de detecção anual de casos por 10.000 habitantes e total de casos novos detectados.
- b) Coeficiente anual de prevalência por 10.000 habitantes e totais de casos registrados em 31/12.
- c) Número de unidades de saúde com ações de diagnóstico e tratamento antes e depois da intervenção.
- d) Cobertura populacional.

3. RESULTADOS

3.1. ESTABELECIMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA

A estratégia de apoio financeiro diretamente aos municípios com alta prevalência foi definida na Reunião Nacional de Avaliação do Desempenho da Dermatologia Sanitária, em 1996, realizada na Opas, com ampla participação do Cenepi, dos coordenadores estaduais, comitês, pesquisadores, consultores nacionais e internacionais da Opas/OMS representantes de movimento de pacientes e ONG's.

No âmbito da organização para a implantação da estratégia, foram identificadas e sensibilizadas as áreas envolvidas para conhecimento e participação em todas as fases do processo: o Cenepi/Funasa, a área de orçamento, de convênios e de prestação de contas e as Coordenações Regionais. Nos estados, a coordenação estadual de dermatologia e as áreas que trabalham com planejamento, administração e convênios nas SES e a área de convênios da representação da Funasa (atualmente, representada pela Divisão de Convênios e Gestão/Dicon do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde).

Foi elaborado um instrumento contendo critérios, estratégias e procedimentos destinado a subsidiar e orientar as oficinas de trabalho programadas e realizadas em cada estado, coordenadas pela SES, e com a participação de técnicos da Funasa – níveis central e regional –, secretários de saúde e técnicos dos municípios envolvidos. Essas oficinas tiveram como prioridades a discussão e a elaboração do Plano Municipal de Eliminação e do Plano de Trabalho, tendo em vista a celebração de convênios para o repasse dos recursos³⁷

O repasse de recursos aos municípios implicou a garantia do orçamento e do financiamento junto à presidência da Funasa e do apoio técnico durante todo o processo, cooperando com as SES para a implementação do convênio e do elenco de ações para o controle da hanseníase, com vistas a sua eliminação.

³⁷ Orientações para elaboração e operacionalização do Plano Municipal de Eliminação da Hanseníase (PEL) e Plano de Trabalho para Celebração de Convênios com os municípios prioritários definidos por UF.CNDS/Cenepi, 16 de junho de 1997.

Para garantir a transferência de recursos aos municípios selecionados que apresentassem os planos e a documentação necessária para celebração dos convênios, em tempo hábil, o orçamento foi alocado nas naturezas de despesas específicas, tanto para custeio quanto para capital e para transferências a municípios, a estados e a instituições privadas sem fins lucrativos³⁸

Para a definição do valor do convênio, ou seja, da transferência do concedente, foram estabelecidos como parâmetros para o cálculo do repasse de recursos orçamentários: a população e o número de casos de hanseníase em registro ativo no último ano (1996). Assim, para município com população inferior a 100 mil habitantes, o valor de R\$ 20.000,00; de 100 mil a 300 mil habitantes, R\$ 25.000,00; de 300 mil a 500 mil habitantes, R\$ 30.000,00; e superior a 500 mil habitantes, R\$ 35.000,00. A esse valor, acrescia-se um outro montante de recursos que se obtinha multiplicando o número de pacientes em registro ativo (dados de 1996) com o custo do acompanhamento por paciente, definido em função das condições operacionais. No caso da existência de boas condições, era portanto multiplicado por R\$ 20,00; em condições razoáveis, R\$ 30,00; e em condições precárias, R\$ 50,00 por paciente.

Esse valor de convênio refere-se ao valor de transferência pelo concedente (Funasa) ao proponente (município). Cabe ao município, nesse objeto, uma contrapartida em recursos conforme a Lei N.º 9.293 de 15/07/96, Art. 18, § 2º, Incisos I, II e III, que estabelece para o exercício de 1997: 10 a 20% para as regiões da Sudene, Sudam e Centro-Oeste e 20 a 40% para as regiões Sul e Sudeste.

TABELA 2
VALORES DEFINIDOS POR FAIXA DE POPULAÇÃO, COMO BASE PARA O REPASSE DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS A MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS.

Faixa Populacional	Valor em R\$ 1,00
Menos de 100 mil	20.000
100 a 300 mil	25.000
300 a 500 mil	30.000
Superior a 500 mil	35.000

Fonte: CNDS/Cenepi/Funasa/MS

3.2. SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA O PLANO NACIONAL DE ELIMINAÇÃO E OS PRIORIZADOS PARA CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIOS.

A seleção dos municípios prioritários para o Plano Nacional de Eliminação partiu da totalidade dos municípios localizados nas 26 unidades federadas e no Distrito Federal. Foram estabelecidas orientações e critérios de priorização pela Coordenação Nacional do programa, com base nos indicadores: coeficientes de prevalência e detecção, número de casos novos detectados e em registro ativo em 31/12/96, conforme dados do Sinan. As Coordenações Estaduais dos Programas de Dermatologia Sanitária, baseadas nesses critérios, apresentaram a listagem dos municípios prioritários, que foram revistos pela CNDS/Cenepi/Funasa/MS.

A coordenação nacional do programa procedeu a uma rigorosa avaliação da lista dos municípios prioritários indicados pelas unidades federadas, ora revisando dados, ora confirmando critérios, conforme observou-se na análise dos documentos. Assim, constatou-se, no biênio 97/98, a existência de duas Relações de Municípios Prioritários para o Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase por UF: uma que apresentava 807 municípios e, outra, 862 municípios. A diferença da primeira para a segunda deve-se ao número de municípios do estado do Paraná que aumentou de 61 para 116, estando incluídos, nesta última listagem, todos os municípios conveniados daquela UF. Portanto, a listagem considerada para efeito deste estudo é a de 862 municípios .

³⁸ Excepcionalmente para os Estados do AC, DF e AM, o repasse de recursos foi feito diretamente às SES e Fundação, no caso o AM, dando condições financeiras e responsabilizando as coordenações Estaduais daqueles Estados para desenvolver atividades de controle de hanseníase para os municípios prioritizados.

TABELA 3

MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS E CONVENIADOS, POR REGIÃO E UF, E OS RESPECTIVOS CASOS EM REGISTRO ATIVO EM 31/12/1996.

Região/ UF	População	MUNICÍPIOS BRASILEIROS		MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS			MUNICÍPIOS CONVENIADOS		
		Quant.	RA	Quant.	RA	%	Quant.	RA	%
BRASIL	156.595.867	5.155	104.750	862	87.085	83	203	49.25	4 57
NORTE	10.806.367	412	20.977	114	18.221	87	32	8.710	48
AM (2)	2.389.279	62	7.446	38	7.077	95	1	13	0
AC (1)									
AP	379.459	16	506	8	491	97	2	401	82
PA	5.510.849	128	8.752	40	7.560	86	18	6.144	81
RO	1.231.007	52	2.357	17	1.862	79	6	1.229	66
RR	247.131	15	310	1	207	67	1	207	100
TO	1.048.642	139	1.606	10	1.024	64	4	716	70
								22.06	
NORDESTE	44.768.221	1.638	30.539	215	26.276	86	85	8	84
AL	2.633.339	100	446	8	377	85	6	357	95
BA	12.541.745	415	3.194	49	2.195	69	9	1.403	64
CE	6.809.794	184	4.111	21	3.453	84	16	2.712	79
MA	5.222.585	136	9.514	40	8.691	91	20	7.025	81
PB	3.305.616	171	923	17	752	81	13	712	95
PE	7.399.131	185	9.229	17	7.941	86	14	7.856	99
PI	2.673.176	220	2.031	30	1.899	94	3	1.428	75
RN	2.558.660	152	382	20	310	81	3	226	73
SE	1.624.175	75	709	13	658	93	1	349	53
C-OESTE	10.501.480	443	14.235	101	11.009	77	23	7.062	64
DF (1)	1.821.946	17	672	7	490	73			
GO	4.515.868	232	6.889	40	5.424	79	10	3.652	67
MT	2.235.832	117	5.297	37	4.173	79	6	2.674	64
MS	1.927.834	77	1.377	17	922	67	7	736	80
SUDESTE	67.003.069	1534	31.886	252	24.975	78	52	9.604	38
ES	2.802.707	71	2.767	27	2.453	89	8	1.616	66
MG	16.673.097	756	11.459	110	8.121	71	9	3.066	38
RJ	13.406.379	81	7.647	32	7.237	95	5	2.567	35
SP	34.120.886	626	10.013	83	7.164	72	30	2.355	33
SUL	23.516.730	1128	7.113	180	6.604	93	11	1.810	27
PR	9.003.804	399	5.830	116	5.853	100	8	1.692	29
RS	9.637.682	436	644	54	528	82	3	118	22
SC (3)	4.875.244	293	639	10	223	35			

Fonte: CND/S/Cenepi/Funasa/MS e SES Notas: (1) Convênio SES, (2) Convênio com a Fundbans, (3) Não realizou convênio, não foi priorizado em função da baixa prevalência.

Na relação de 862 municípios prioritários em hanseníase, 326 têm população acima de 50 mil habitantes e 536, ou seja, mais de 60%, população inferior a 50 mil (141 da região Nordeste, 123 da região Sul; 115 da região Sudeste; 83 da região Norte e 74 da região Centro-Oeste) e 164 municípios acima de 100 mil habitantes, representando 19% do total (tabela 3). Essa informação refletirá na lista dos municípios conveniados, cujo critério populacional foi municípios acima de 50 mil habitantes.

Para obter maior impacto, foram priorizados os municípios mais populosos e que, em geral, apresentam maior contingente de casos de hanseníase, tendo sido utilizado como ponto de corte municípios com população igual ou superior a 50 mil habitantes. Os municípios pouco populosos e de alto risco epidemiológico foram cobertos e apoiados mediante estratégia implementada pelo projeto da Opas/OMS e ONG's. As exceções ficaram naturalmente por conta de áreas de baixa densidade populacional, com indícios de prevalência oculta, justificados pela gerência estadual respectiva. Importante observar que, em alguns casos de inclusão de municípios, foram considerados, além da prevalência, a população em risco (baseando-se na taxa de menores de 15 anos de idade), as dificuldades operacionais e o compromisso explícito das prefeituras, caracterizado pela priorização política.

A principal meta no biênio 97/98 consistiu na ampliação da cobertura e melhoria do acesso e da capacidade de diagnóstico e tratamento do paciente de hanseníase, incluída no Plano de Ações e Metas Prioritárias do Governo.

Partindo da listagem de 862 municípios prioritários, definidos por unidade federada, as coordenações estaduais do programa priorizaram 250 municípios que poderiam se organizar para habilitação e apresentação dos planos com vistas à celebração de convênios. Assim, essa intervenção (apoio técnico-financeiro), envolvendo os três níveis de governo nos municípios priorizados, poderia impactar o problema da alta prevalência da hanseníase em, pelo menos, 60%.

A região Sudeste concentrou o maior número de municípios selecionados, 252, sendo que Minas Gerais apresentou 110 municípios, correspondendo a 15% do total de municípios do Estado, seguido de São Paulo, com 83 municípios (13% dos seus municípios).

A região Nordeste vem em segundo lugar, com 215 municípios prioritários, sendo que os estados da Bahia (49) e Maranhão (40) tiveram o maior número de municípios priorizados.

A região Sul priorizou 180 municípios, tendo o Paraná selecionado 116, seguido do Rio Grande do Sul, com 54, Estado que já se encontra em fase de eliminação segundo os dados de 1996.

A região Norte, com as maiores prevalências estaduais do País, priorizou 114 municípios, destacando-se o Pará (40) e o Amazonas. E, por último, a região Centro-Oeste, que apresentou 101 municípios, sendo que Goiás priorizou 40 e Mato Grosso 37, com prevalências estaduais bastante significativas.

3.3. CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIOS

O procedimento para solicitação de apoio financeiro para repasse de recursos é composto por duas fases: uma para habilitação e cadastramento e, a outra, para a solicitação propriamente dita, na qual foram essenciais a priorização do município pela Coordenação Estadual do Programa e a apresentação do Plano Municipal de Eliminação e do Plano de Trabalho.

O Plano Municipal de Eliminação, parte integrante do Plano Municipal de Saúde e, segundo orientações e metodologia fornecida pela CNDS, devia ser elaborado em conjunto com os atores envolvidos com o problema da hanseníase, e apresentar a seguinte estrutura: diagnóstico de situação (perfil epidemiológico do município); objetivos gerais e específicos; metas e estratégias de eliminação; programação das atividades e tarefas por objetivo; cronograma de desembolso; indicadores de acompanhamento e avaliação e aprovação no Conselho³⁹.

O Plano de Trabalho a ser apresentado para análise da solicitação de repasses de recursos especifica o objeto, descreve e justifica a proposição, estabelece as metas/fases, indica o cronograma de execução, o plano de aplicação e o cronograma de desembolso.

O parecer técnico do Plano de Trabalho baseou-se nas diretrizes, critérios e parâmetros⁴⁰ estabelecidos pela CNDS e contidos no Plano Municipal de Eliminação. A análise realizada considerou os aspectos operacionais, além dos coeficientes de prevalência classificados em hiperendêmicos (igual ou superior a 15 casos/10 mil habitantes), muito alto (de 10 a 15 casos/10 mil habitantes), alto (de 5 a 10 casos/10 mil habitantes), médio (1 a 5 casos/10 mil habitantes).

A aprovação final do processo para celebração do convênio levou em consideração a listagem dos municípios prioritários, a listagem dos indicados para convênio e a justificativa da gerência sobre as exceções (aspectos operacionais como implantação de unidades de municípios recém-criados, indícios de endemia oculta, existência de equipe).

³⁹ Orientações para elaboração e operacionalização do Plano Municipal de Eliminação da Hanseníase (PEL) e Plano de Trabalho para celebração de convênios com os municípios prioritários definidos por UF – Documento 01, CNDS/Cenepi/MS, Brasília, 1997.

⁴⁰ O parâmetro de avaliação do coeficiente de prevalência foi modificado sendo considerado em 2001/2002 como hiperendêmico e “20 casos/10 mil e muito alto de 10 a 20 casos/10 mil segundo o manual do Ministério da Saúde, **Hanseníase: Atividades de Controle e Manual de Procedimentos**, ATDS/SPS/MS, Brasília. 2001 p. 143.

A formalização do processo de celebração do convênio ocorre a partir da assinatura e publicação do seu extrato no Diário Oficial da União. Todos os atos, procedimentos intermediários e conclusivos relativos ao atendimento das solicitações de repasse de recursos, aprovação, celebração, execução do objeto, acompanhamento e a prestação de contas são registrados no Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi) e no Sistema Gerencial Informatizado de Gestão de Convênios (Gescon), em que estão explicitadas a situação e a localização de cada processo implantado em 1999 pelo Ministério da Saúde.

Assim, em resumo, o coordenador estadual, por intermédio de oficinas de trabalho, juntamente com os municípios, e com base no instrucional elaborado pela CNDS, definiu o valor do convênio. A CNDS, por sua vez, tornou disponível metodologia, material instrucional e suporte técnico-financeiro para o processo de definição do plano de eliminação e da burocracia formal exigida no âmbito da legislação já referida para celebração do convênio. A orientação visava o alcance das principais metas da eliminação, ou seja, o diagnóstico precoce e tratamento, a cura dos pacientes diagnosticados e a descentralização dessas atividades.

Entre as principais atividades priorizadas, destacam-se: a capacitação e ampliação de recursos humanos; a supervisão e avaliação; a estratégia de campanhas municipais de suspeição, diagnóstico e tratamento como forma de sensibilização para ampliação da cobertura. Isso porque os profissionais que participam das campanhas estariam mais motivados para assumir ações de controle. O sistema de informação foi contemplado com a aprovação de compra de equipamentos de informática, bem como material para prevenção de incapacidades físicas e materiais de divulgação.

O controle social foi estimulado mediante duas iniciativas: a divulgação do montante repassado ou a ser repassado para os municípios, por intermédio de entrevistas em programas populares de emissoras de rádio (atingidos mais de 200 municípios) e um ofício do presidente da Funasa ao Conselho Municipal de Saúde e presidente da Câmara Legislativa, com a cópia da publicação do extrato do convênio no Diário Oficial.

No tocante à análise dos dados referentes ao processo de celebração do convênio, cabe registrar, inicialmente, que, dos 254 municípios que solicitaram repasses de recursos por meio de convênio, 43 não obtiveram a aprovação da gerência nacional, após consulta à gerência estadual. Desses, 29 pertenciam à lista de municípios prioritários e 14 estavam fora desta lista. O maior número desses municípios era do Estado de São Paulo (28), resultado do trabalho realizado pela coordenação estadual junto às regionais de saúde⁴¹.

Dos 250 municípios inicialmente programados para a celebração de convênios, 211 foram estabelecidos, o que corresponde a mais de 84%, sendo 134 celebrados em 1997 e, 77, em 1998. Foram ainda celebrados convênios diretamente com as Secretarias Estaduais de Saúde, com objetivo de financiar ações de controle dos municípios ou regiões administrativas mais endêmicas do Acre, Distrito Federal⁴² e com a Fundação para Apoio do Controle da Hanseníase do Amazonas⁴³. Apesar de se ter priorizado 10 municípios no Estado de SC, não foi estabelecido nenhum convênio em função da baixa prevalência da hanseníase. Entretanto, nesse caso, a CNDS envidou esforços para articular e operacionalizar apoio financeiro de ONG's, o que não se efetivou pelo menos no período de 1997 a 1999.

⁴¹ Não foram aprovados 43 processos para celebração de convênios dos municípios dos Estados de SP (28), PE (9), PI (1), RN (1), MA (1), e MG (1), RS (1) e CE (1)

⁴² Regiões administrativas de Brazlândia, Ceilândia, Gama, Planaltina, Samambaia, Sobradinho e Taguatinga.

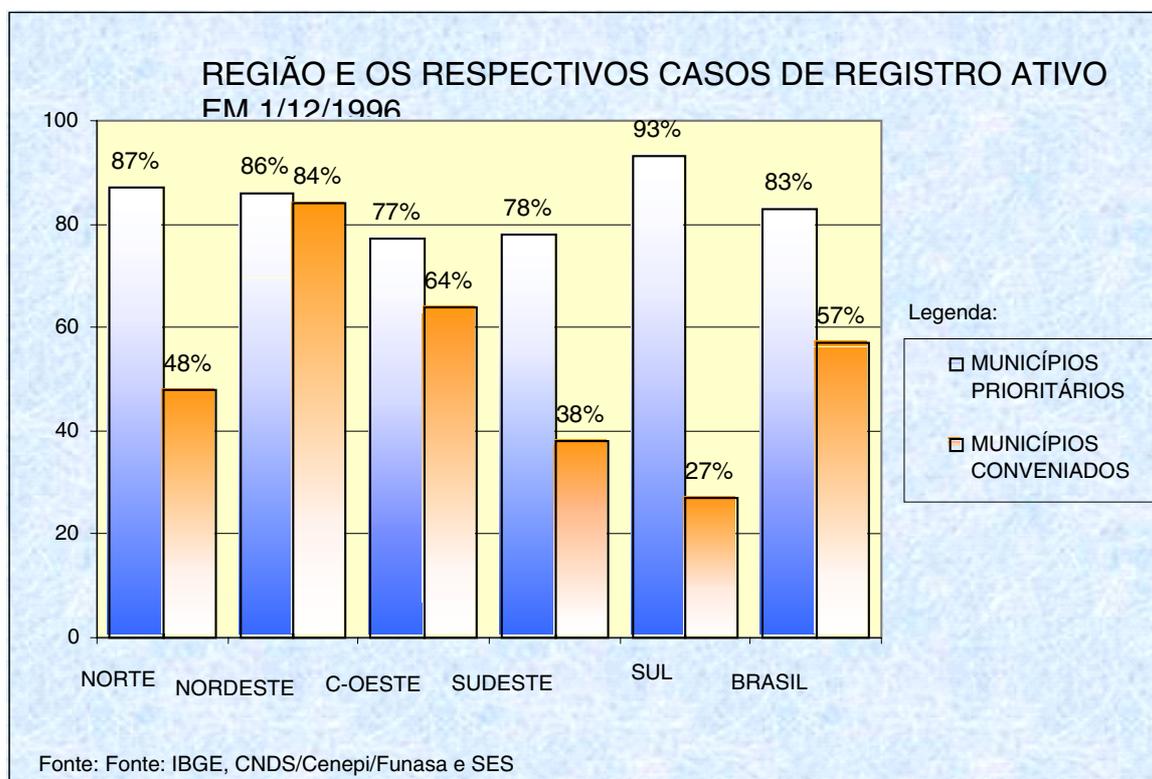
⁴³ Foi estabelecido convênio com a Fundhans/AM para apoiar 12 municípios prioritários (Benjamin Constant, Borba, Caruari, Coari, Eirunepé, Envira, Fonte Boa, Humaitá, Manacapuru, Manaus, Parintins e

TABELA 4

MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS E CONVENIADOS POR REGIÃO E OS RESPECTIVOS CASOS EM REGISTRO ATIVO EM 31/12/1996

REGIÃO	POPULAÇÃO	MUNICÍPIOS		MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS			MUNICÍPIOS CONVENIADOS		
		Quant.	RA	Quant.	RA	%	Quant.	RA	%
NORTE	10.806.367	412	20.977	114	18.221	87	32	8.710	48
NORDESTE	44.768.221	1.638	30.539	215	26.276	86	85	22.068	84
C-OESTE	10.501.480	443	14.235	101	11.009	77	23	7.062	64
SUDESTE	67.003.069	1534	31.886	252	24.975	78	52	9.604	38
SUL	23.516.730	1128	7.113	180	6.604	93	11	1.810	27
BRASIL	156.595.867	5.155	104.750	862	87.085	83	203	49.254	57

Fonte: IBGE, CNDS/Cenepi/Funasa e SES



Dos 211 municípios conveniados, oito (3,8%) não fazem parte da lista dos municípios prioritários, sendo quatro de Pernambuco (Moreno, Gameleira, Itamaracá e Vitória de Santo Antão), dois da Bahia (Ilhéus, Vitória da Conquista), um do Maranhão (Maranhãozinho) e um de Goiás (Valparaíso). O número do registro ativo dos 203 municípios conveniados corresponde a 57% da relação de 862 municípios prioritários. Importante salientar que alguns convênios, sobretudo de Pernambuco, foram celebrados conjuntamente com o Programa de Tuberculose.

Conforme explicitado na tabela 5, 32,7% dos municípios conveniados apresentam população inferior a 50 mil habitantes, portanto fora do critério estabelecido. Isso pode ser, em parte, explicado pelo fato de que 62,2% desses municípios constavam da lista dos prioritários (862 municípios) e pela justificativa dada pelas gerências estaduais, relativa às questões operacionais e indícios de endemia oculta, conforme já referido quando da indicação dos municípios que deveriam estabelecer convênios com a Funasa. O maior percentual de municípios conveniados fora do critério populacional é o da região Nordeste, com mais de 50%. Foi observado que 22% dos municípios conveniados pertenciam ao Programa Comunidade Solidária e recebiam recursos de outros setores do governo.

Tabatinga), além de convênio com o município de São Paulo de Olivença que consta da lista de municípios

TABELA 5

MUNICÍPIOS CONVENIADOS NA ÁREA DA HANSENIASE POR FAIXA POPULACIONAL NO BIÊNIO 97/98- BRASIL

POPULAÇÃO						TOTAL
	< 50 mil	50 ? 100 mil	100 ? 300 mil	300 ? 500 mil	? 500 mil	
Nº MUNICÍPIOS						
PRIORITÁRIOS	536	162	113	26	25	862
CONVENIADOS	69	56	54	13	19	211
PORCENTAGEM (%)	32,7	26,5	25,6	6,2	9,0	100

Fonte: Sirfehansen

Observa-se que 71,3% dos municípios conveniados apresentavam, em 31/12/1996, coeficiente de prevalência superior a 5 casos/10.000 habitantes e, destes, mais de 54% acima de 10 casos/10000 habitantes. Dos municípios conveniados, 114 estão entre os coeficientes muito alto (40) e hiperendêmico (70), de acordo com o parâmetro de 1997. Se se utilizar o parâmetro em 2002, há 58 municípios na situação de hiperendêmicos ($e \geq 20/10000$) e 56 na situação muito alto ($10 < 20/10000$). A maior endemicidade encontra-se, conforme a tabela 6, nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, onde o maior número de municípios conveniados apresenta coeficientes de prevalência muito alto e hiperendêmico, de acordo com os parâmetros de avaliação de 1997.

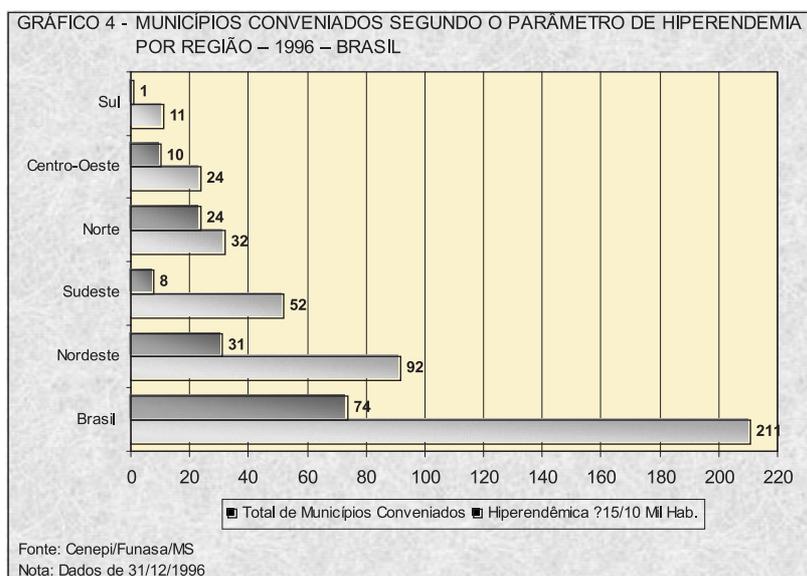
TABELA 6

MUNICÍPIOS CONVENIADOS SEGUNDO O PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA POR REGIÃO - 1996 - BRASIL

REGIÕES	COEFICIENTE DE PREVALÊNCIA					
	Total de Municípios Conveniados	Hiperendêmica ?15/10 Mil Hab.	Muito Alta 10? 15/10mil	Alta 5? 10/10 Mil	Média 1? 5/10mil Hab.	Baixo <1/10mil
Brasil	211	74	40	44	39	14
%	100	35,1	19,0	20,8	18,5	6,6
Nordeste	92	31	14	20	16	11
Sudeste	52	8	12	13	19	0
Norte	32	24	6	1	0	1
Centro-Oeste	24	10	7	5	1	1
Sul	11	1	1	5	3	1

Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Nota: Dados de 31/12/1996.



prioritários e que escapou ao controle técnico de priorização das gerências estaduais e nacionais.

3.4. ACOMPANHAMENTO DO REPASSE E EXECUÇÃO DO CONVÊNIO

Os recursos financeiros, após a celebração do convênio, são liberados pela Funasa (ou MS) de acordo com o cronograma estabelecido no plano de trabalho e segundo a disponibilidade financeira do órgão financiador. Assim, o pagamento é feito mediante transferência, por ordem bancária, para a conta corrente exclusivamente aberta para execução do objeto do convênio. Os convênios foram pagos no biênio 97/98, em parcela única, conforme a orientação da gerência nacional e o estabelecido no cronograma de desembolso do Plano de Trabalho aprovado.

O município, também chamado convenente, executa o convênio segundo as cláusulas do instrumento firmado e em conformidade com as metas, cronograma de execução e plano de aplicação indicadas no Plano de Trabalho aprovado, bem como consoante às orientações da CNDS. Foi previsto que o acompanhamento da execução físico-financeira do convênio dependia tanto da área administrativa quanto da área técnica local, estadual, Funasa (âmbitos regional e central).

Durante o período de 1997 a 2001, a Funasa repassou os recursos aprovados no valor de R\$ 6,92 milhões referentes aos 211 convênios firmados no biênio 97/98. Os recursos comprometidos até 31/12/98 foram repassados a 207 municípios, que representavam 98% dos conveniados. Em 1999, foram repassados recursos para três municípios, sendo dois do Pará (Conceição do Araguaia e Paragominas) e um de São Paulo (Rio Claro); em 2001, apenas para São Mateus (ES). O valor médio repassado foi de R\$ 32,8 mil, sendo que o menor valor (R\$5 mil) foi para Ariranha (SP), que o executou integralmente, e o maior (R\$ 248,5 mil) para Recife, que se encontra em execução.

Observa-se, na tabela 7, que o rendimento da aplicação no mercado de capitais representa 15,7% do valor repassado pela Funasa aos municípios conveniados. Isso significa recurso não utilizado, relacionado com a prorrogação do prazo de vigência dos convênios.

TABELA 7

SITUAÇÃO DE REPASSE E DE EXECUÇÃO FINANCEIRA DOS CONVÊNIOS CELEBRADOS 1997/1998 – BRASIL

Região	Valor Total Concedente	Valor Total Proponente	Valor Contrapartida Extra	Rendimento Valor Total Aplicado	Receitas Valor Total Convênio	Pagamentos Valor Total Executado	%
Norte	557,94	73,57	8,07	367,90	1.479,29	580,29	39,2
Nordeste	4.410,61	784,24	378,61	610,73	8.324,08	4.506,47	54,2
Centro-Oeste	628,96	46,80	2,44	13,16	738,67	596,47	80,7
Sudeste	1.051,48	371,86	329,75	72,86	2.160,44	1.400,25	64,8
Sul	268,55	57,16	3,16	24,70	400,59	263,42	65,7
Brasil	6.917,54	1.333,63	722,03	1.089,35	13.103,07	7.346,90	56,1

Fonte: Sirfehansen

3.4.1. TEMPO MÉDIO ENTRE A CELEBRAÇÃO DO CONVÊNIO E O PAGAMENTO

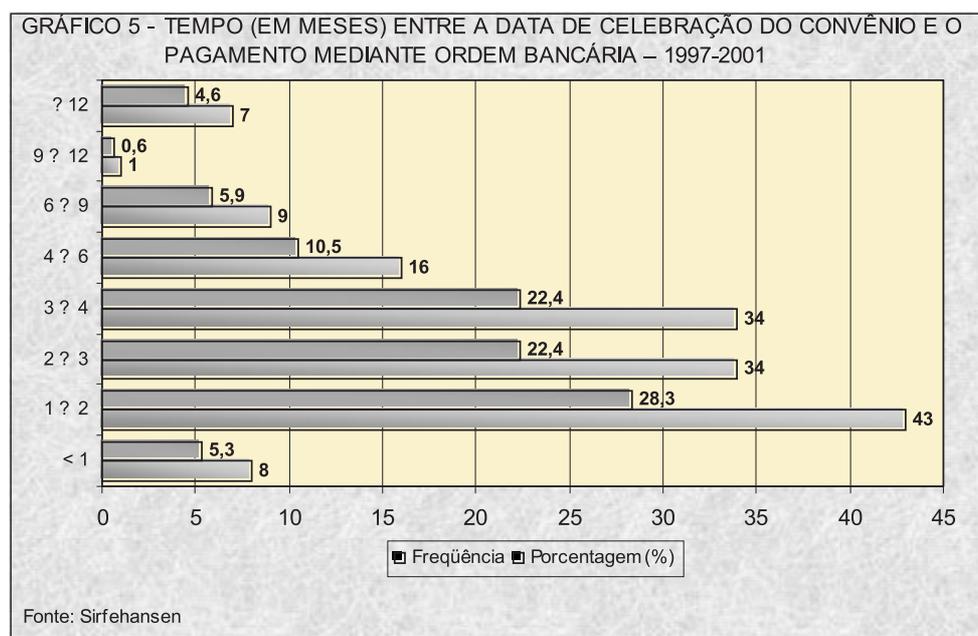
O tempo médio foi de 3,5 meses entre a data de celebração da totalidade dos convênios e a data do pagamento dos valores conveniados, considerando os 152 municípios com informação. Se se observar o tempo médio relacionado com os pagamentos realizados até 31/12/98, o tempo reduz-se para três meses, sendo o menor tempo de 10 dias e o maior de 13 meses (do município de Crixás/GO). Registre-se que 78,2% dos municípios com informação foram pagos num período de um a quatro meses após a data da celebração⁴⁴. Quase 90 % (135) dos convênios firmados foram pagos num período de 1 a 6 meses conforme Tabela 8.

TABELA 8

TEMPO (EM MESES) ENTRE A DATA DE CELEBRAÇÃO DO CONVÊNIO E O PAGAMENTO MEDIANTE ORDEM BANCÁRIA – 1997-2001

Tempo em meses	Frequência	%
< 1	8	5,3
1 ? 2	43	28,3
2 ? 3	34	22,4
3 ? 4	34	22,4
? 6	16	10,5
6 ? 9	9	5,9
9 ? 12	1	0,6
? 12	7	4,6
TOTAL	152	100

Fonte: Sirfehansen



3.4.2. SUPERVISÃO DA FUNASA OU OUTRA ATIVIDADE DE ACOMPANHAMENTO

Não foi estabelecida nenhuma estratégia de acompanhamento sistemático dos convênios nas diferentes áreas programáticas da Funasa. No caso das áreas de hanseníase e tuberculose, houve impossibilidade de qualquer iniciativa nesse sentido, tendo em vista o tumultuado processo de transferência destas áreas para a Secretaria de Políticas de Saúde, em 1998, inclusive mudança de chefia. Desse modo, até mesmo o acompanhamento da tramitação burocrática e dos contatos com as regionais foi dificultado. Observa-se que não houve, conforme estabelecido na concepção do projeto e programado na sua implantação, o acompanhamento da execução físico-financeira dos convênios celebrados após o repasse de recursos. Assim, no que se refere à execução financeira, não ocorreu assessoria nem supervisão aos municípios por parte das unidades centrais de convênio do MS e da Funasa. Dessa forma, não ocorreu, por parte da área finalística, qualquer acompanhamento sistemático do alcance das metas estabelecidas no Plano de Traba-

⁴⁴ Foi considerada a data de celebração do convênio, pois o objetivo é analisar a capacidade gerencial e a agilidade da Funasa no repasse dos recursos conveniados, e também porque a publicação do extrato no DOU, necessário para o pagamento, é de sua responsabilidade.

lho, exceto as supervisões, *in loco*, para atestar o cumprimento das metas estabelecidas em três municípios (São Lourenço da Mata (PE), Xingara (PA) e Souza (PB)), por demanda do Tribunal de Contas da União em função de denúncias ou por terem sido constatadas irregularidades na análise da prestação de contas pela própria Funasa.

3.5. PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS CONVÊNIOS CELEBRADOS

Todos os órgãos que recebem recursos públicos mediante convênio devem apresentar a correspondente prestação de contas até a data do encerramento da vigência deste acordo. A prestação de contas é constituída basicamente dos relatórios de cumprimento do objeto e da execução físico-financeiro e demonstrativo da receita e despesa, relação dos pagamentos e dos bens adquiridos com os recursos do convênio e extratos da conta bancária entre outros.

A apresentação da prestação de contas, com a respectiva comprovação das despesas mediante formulários próprios preenchidos com base em documentos fiscais reconhecidamente hábeis, deve ser apresentada à Unidade de Convênio do MS, existente em cada unidade da federação, ou em Brasília nas Unidades Centrais de convênios do MS e da Funasa durante a vigência¹ do convênio. Quando essa vigência ultrapassar o exercício financeiro, a prestação de contas deverá ser feita até 28 de fevereiro do ano subsequente, que pode ser parcial, abrangendo todas as parcelas recebidas e espelhando a situação de execução físico-financeira.

Com exceção dos órgãos federais, todos os demais estão obrigados a aplicar recursos recebidos por conta de convênio no mercado de capitais, enquanto não forem utilizados, segundo determinados critérios. Todas as receitas oriundas de aplicações financeiras devem ser utilizadas no objeto do convênio (sendo em fundos financeiros de curto prazo ou operação de mercado aberto, no caso de menos de 30 dias, e em caderneta de poupança, no caso de mais de 30 dias).

A análise da prestação de contas implica a elaboração de dois pareceres: um técnico, feito pela área finalística da entidade concedente (CNDS/Funasa e ATS/MS), em relação ao alcance das metas, e outro financeiro conclusivo, baseado no Roteiro Preliminar de Análise quanto à correta utilização dos recursos repassados. Ocorrendo irregularidades na prestação de contas, são solicitadas as diligências necessárias, concedendo-se o prazo de 30 dias para regularização. A ausência da prestação de contas ou o não cumprimento das diligências solicitadas poderá levar o órgão concedente a instaurar a tomada conta especial (TCE) e, conforme o caso, colocá-lo em inadimplência suspensa – que permite estabelecer convênio e receber outros recursos – ou inadimplência efetiva, que o impede de fazer cooperação financeira com outros parceiros.

Dos 211 convênios celebrados, somente o do município de Recife está ainda em fase de execução e, portanto, vigente. O convênio com o município de Palmares (PE) foi cancelado e devolvido o recurso. Dos 209 municípios que deveriam estar em fase de prestação de contas, 88% a fizeram. Observou-se que 6 % dos processos de convênio não foram localizados e 9% estão em processo de análise. Dos analisados, apenas 4% não foram aprovados; entretanto, esse percentual sobe para 45% se se considerar, além dos não aprovados, os convênios aprovados com ressalvas, os em diligência e em tomada de conta⁴⁵ A vigência inclui o período necessário à execução das metas e fases indicadas no cronograma de execução apresentado no plano. Normalmente, é acordado com o concedente, acrescido do prazo de 60 dias para apresentação da prestação de contas. A previsão é cláusula convencional e conta a partir da publicação no Diário Oficial da União. A vigência é prorrogada “ex officio”, caso haja atraso na liberação dos recursos financeiros, limitando esta ao período exato do atraso verificado, sem prejuízo da execução do Plano de Trabalho.

especial (TCE). Quase 50% das prestações de contas analisadas apresentam impropriedades na execução do convênio.

⁴⁵ A vigência inclui o período necessário à execução das metas e fases indicadas no cronograma de execução apresentado no plano. Normalmente, é acordado com o concedente, acrescido do prazo de 60 dias para apresentação da prestação de contas. A previsão é cláusula convencional e conta a partir da publicação no Diário Oficial da União. A vigência é prorrogada “ex officio”, caso haja atraso na liberação dos recursos

TABELA 9

SITUAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS 211 MUNICÍPIOS CONVENIADOS NA ÁREA DA HANSENÍASE – BIÊNIO 97/98 – BRASIL

Convênios com prestação de contas apresentadas						
Aprovado Integral	Aprovado c/ ressalva	Não aprovado	Em diligência	Em TCE	Em análise	Subtotal
90	34	7	18	16	19	184
48,91%	18,48%	3,8%	9,78%	8,7%	10,33%	100%

Convênios em outras situações				
Não localizado	Cancelado não executado	Em vigência	Sem parecer técnico	Subtotal
13	1	1	12	27
48,15%	3,7%	3,7%	44,44%	100%

Fonte: Sirfehansen

De acordo com a tabela abaixo, dos 47 convênios em situação de tomada de contas especial (TCE), em diligência e não localizados, 51% estão em inadimplência efetiva; 29,8% em inadimplência suspensa, e 19,2% sem informação.

TABELA 10

SITUAÇÃO DE INADIMPLÊNCIA DOS MUNICÍPIOS CONVÊNIOADOS NA ÁREA DA HANSENÍASE, EM DILIGÊNCIA, EM TCE E NÃO LOCALIZADOS

Não Localizados				Tomada de Conta Especial				Em Diligência			
Quant.	Inad. Efetiva	Inad. Suspensa	Sem Inf.	Quant.	Inad. Efetiva	Inad. Suspensa	Sem Inf.	Quant.	Inad. Efetiva	Inad. Suspensa	Sem Inf.
13	4	5	4	16	6	7	3	18	14	2	2

Fonte: Sirfehansen

3.5.1. DESEMPENHO FINANCEIRO

A tabela 11 apresenta o desempenho financeiro avaliado mediante classificação da prestação de contas em quatro conceitos, de acordo com os parâmetros definidos no item 2.4.3. do Capítulo 2 – **MÉTODOS E PROCEDIMENTOS**.

Conforme a referida tabela, observa-se que, dos 150 convênios com dados sobre a prestação de contas, 108 executaram integralmente o convênio e 28 apresentam uma execução insuficiente, ou seja, menos de 80%. A região Nordeste é a que apresenta o maior número de convênios com execução 100% (42) e também o maior número de municípios insuficientes (58).

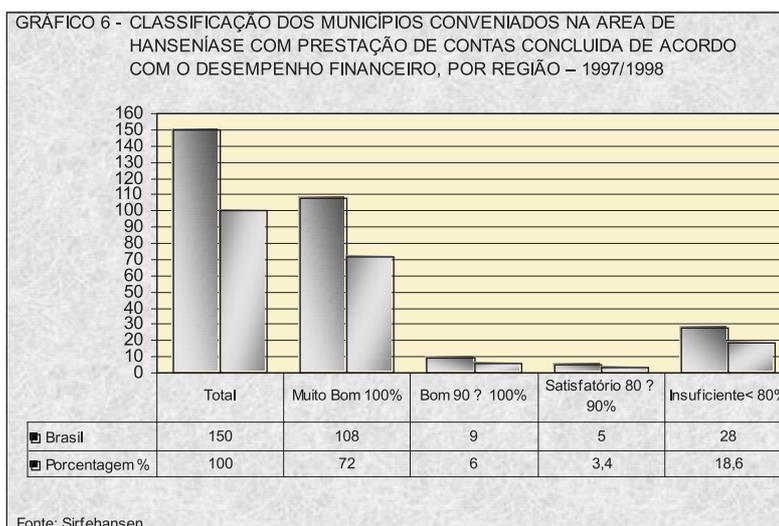
TABELA 11

CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS CONVENIADOS NA ÁREA DE HANSENÍASE COM PRESTAÇÃO DE CONTAS CONCLUÍDA DE ACORDO COM O DESEMPENHO FINANCEIRO, POR REGIÃO – 1997/1998

Desempenho (%)	Total	Muito Bom 100	Bom 90 ? 100	Satisfatório 80 ? 90	Insuficiente < 80
Região					
Brasil	150	108	9	5	28
%	100	72	6,0	3,4	18,6
Norte	19	13	4	2	0
Nordeste	58	42	4	1	12
Sudeste	4	29	0	2	10
Centro-Oeste	2	18	1	0	3
Sul	9	6	0	0	3

Fonte: Sirfehansen

financeiros, limitando esta ao período exato do atraso verificado, sem prejuízo da execução do Plano de Trabalho.



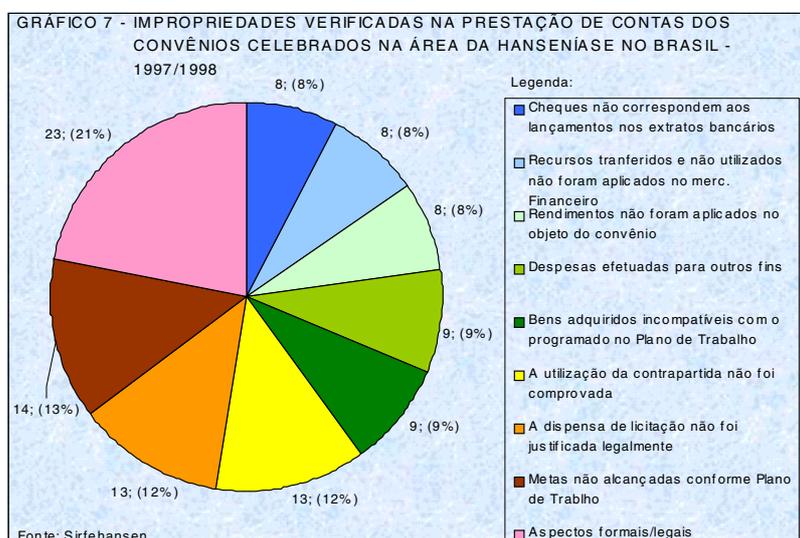
Como pode ser observado na tabela 12, parece provável que a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) seja um fator propositivo na execução do convênio. Dos 108 convênios firmados e executados integralmente, 55,6% estão habilitados na GPSM.

TABELA 12
DESEMPENHO FINANCEIRO SEGUNDO HABILITAÇÃO NA CONDIÇÃO DE GESTÃO DO MUNICÍPIO - 1997-1998

Desempenho Condição de Gestão	100% Muito Bom		90 ? 100% Bom		80 ? 90% Satisfatório		< 80% Insuficiente		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Plena do Sistema Municipal	60	71,4	6	7,1	2	2,4	17	20,2	84
Plena da Atenção Básica	48	72,7	3	4,5	3	4,5	11	16,7	66
TOTAL	108	72	9	9,25	5	3,3	28	18,7	150

Fonte: Sirfehansen, SAS/MS

Dos 34 convênios que tiveram as prestações de contas aprovadas com ressalvas, conforme gráfico 7, pode-se identificar como as mais significativas o não cumprimento dos aspectos formais/legais (21%), o que demonstra a ausência dos relatórios do cumprimento do objeto do convênio e da execução físico-financeira, metas não alcançadas conforme estabelecido, problemas com demonstrativo de execução de receitas e despesas; 12% mostram que as metas não foram alcançadas conforme plano de trabalho, dispensa de licitação não justificada; a não justificativa de comprovação da contrapartida; bens de capital adquiridos com incompatibilidade e despesas efetuadas para outros fins.



3.6. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS ANTES E DEPOIS DA INTERVENÇÃO

Com a finalidade de se verificar possíveis impactos nos principais indicadores da doença a partir da execução dos convênios, foram solicitados dados a 23 estados cujos municípios firmaram este instrumento. Entretanto, não foi possível utilizar os dados recebidos dos Estados por serem insuficientes em número e em qualidade como já referido no item 2.3. Em relação ao dado de implantação das ações de controle da hanseníase, pôde se observar que, ao longo do período (1997-2000), em 52 municípios apenas sete ampliaram o número de serviços/unidades de saúde com o programa implantado. Esses coeficientes não podem ser analisados neste estudo por não terem suficiente consistência.

3.7. OUTRAS AÇÕES E ESTRATÉGIAS PROGRAMADAS E EXECUTADAS

É importante ressaltar, juntamente com os efeitos previstos e imprevistos do repasse de recursos, outras informações de intervenções e contexto que possam ter influenciado os resultados como, por exemplo: outros repasses de recursos da Funasa por meio de convênio no biênio 97/98; os municípios que receberam recursos extras para realização da Campanha Nacional e municipais de intensificação de diagnóstico; a existência do Pacs e PSF; o projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus) nos municípios da Amazônia Legal; e o apoio de ONG's; além do papel do gerente estadual do programa da hanseníase no acompanhamento da execução físico-financeira do convênio.

A CNDS, ao mesmo tempo em que priorizou o repasse de recursos aos municípios de alta prevalência, também programou e estabeleceu parcerias na área de pesquisa, de educação em saúde, de informática e organização da coordenação e avaliação estadual do programa, bem como de manutenção dos centros de referências, as quais envolveram recursos no montante de R\$ 2 257.825,64, sendo o montante de R\$422.345,88 para desenvolver ações no âmbito dos municípios prioritários dos Estados do AC, AM e DF e R\$ 1.835.480,00 para outros 09 convênios⁴⁶.

Em relação às campanhas municipais, previstas como estratégia para a descentralização do diagnóstico e tratamento, e realizadas em outubro de 1997, houve empenho da CNDS e apoio da Funasa para o repasse de até R\$ 45.000,00 às gerências estaduais de 21 UF's, visando a atuação nestas campanhas nos municípios com prevalência significativa. Tal iniciativa foi tomada devido à impossibilidade de se efetuar o pagamento dos convênios em tempo hábil. Cabe destacar a importância dessa campanha na detecção de casos, em 1997, e os Leprosy Elimination Campaign (LEC) desenvolvidos pela OMS, cujos resultados podem ser observados na Introdução deste trabalho, Gráfico 2 – Hanseníase – Taxas Anuais de Detecção – Brasil 1986 a 2001.

Os dados sobre a existência do PACs e PSF levantados nos 211 municípios conveniados demonstram que, conforme tabela 13, já em 1998 79,6% dos municípios com convênio tinham Pacs implantado e 41,7%, o PSF; em 1999, 80,6% municípios contavam com Pacs e 50,10%, com o PSF. Portanto, esses municípios dispunham, em 1999, de 20.734 agentes comunitários e 932 equipes de saúde da família atuando. É provável que isso também tenha influenciado positivamente nos resultados, sobretudo nos indicadores da hanseníase relativos à detecção e prevalência e à redução do abandono ao tratamento.

TABELA 13

SITUAÇÃO DE EXISTÊNCIA DE PACS E PSF NOS MUNICÍPIOS CONVENIADOS NA ÁREA DA HANSENÍASE – BRASIL – 1998/1999

N.º de municípios com Pacs		N.º de agentes comunitários de saúde		N.º de municípios Com PSF		Nº de equipes de PSF	
1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
162	170	15429	20.734	88	112	619	932

Fonte: SAS/MS

⁴⁶ Nesse sentido, foram estabelecidos dois convênios para pesquisa: um com a UFGO/Funape, para estudo de metodologia e treinamento dos profissionais em avaliação, no valor de R\$ 88,260,00; e outro com a

As propostas municipais de apoio financeiro do Vigisus foram inseridas como subpropostas no projeto da SES, uma vez que o convênio é celebrado com a SES, que repassa para os municípios conforme a sua prioridade para capacitação de recursos humanos, supervisão, equipamento e educação em saúde. Da relação de municípios prioritários da CNDS, para o biênio 97/98, 34 da área da Amazônia Legal integram a lista inicial de municípios prioritários do Vigisus⁴⁷.

O apoio financeiro das ONGs internacionais, na maioria das vezes operacionalizado por intermédio da Palavra & Ação (a DAHW, a ALM, a Aifo, a NLR e a Damien Foudantion) a mais de 20 estados para apoiar ações de hanseníase tendo em vista a meta de eliminação, embora não seja expressivo em termos de montante de valor aplicado ele é um recurso ágil e essencial e que, se de fato estrategicamente bem aplicado, pode-se ter bons resultados como foi observado nos Estados do ES, SP, MG, PB, CE, SE, RO e GO entre outros.

Resta, por último, destacar alguns fatores identificados, e já referidos, que influenciaram e que podem ainda influenciar positiva e negativamente os resultados, os quais estão apresentados no quadro a seguir.:

QUADRO 1
FATORES IDENTIFICADOS QUE INFLUENCIARAM E QUE PODEM AINDA INFLUENCIAR POSITIVA E NEGATIVAMENTE OS RESULTADOS

NEGATIVOS	POSITIVOS
✓ Descrédito da administração pública	✓ Instrumento legal de descentralização NOB/96
✓ Dependência de recursos financeiros federais e de apoio das ONG's	✓ Inclusão do PEL entre as prioridades de Governo
✓ Sistemas burocratizados nos três níveis de governo, com baixa capacidade operacional do município	✓ Aumento da cobertura do Pacs/PSF)
✓ Desembolso financeiro irregular e incerto do nível federal	✓ Articulação e cooperação política e financeira nos níveis do SUS
✓ Política de recursos humanos com equipes insuficientes, tanto nas gerências estaduais quanto municipais	✓ Inclusão dos municípios prioritários na Amazônia Legal -Projeto Vigisus/Funasa
✓ Meta de eliminação inatingível para a maioria dos Estados	✓ Tecnologia disponível – poli quimioterapia minimiza a baixa vulnerabilidade da doença
✓ Tendência ascendente da endemia	✓ Apoio das ONG's
✓ Baixa vulnerabilidade da doença com tratamento longo, de alto custo e sem vacina	✓ Realização de campanhas municipais para o diagnóstico precoce ⁴⁸ (campanha de 25/10/1997)
	✓ LEC – Leprosy Elimination Campaign promovida pela OMS ⁴⁹

UFBA/Fapex, para estudo do impacto da aplicação da vacina BCG na proteção da hanseníase no montante de R\$91.818,88; dois outros convênios na área da educação em saúde (um com a Sorri Brasil, no valor de R\$160.000,00 e, outro, com a Sociedade dos Pobres Cervos da Divina Providência (PA), no valor de R\$100.000,00) e para dois centros de referência (o da Fiocruz, no valor de R\$ 393.056,00 e outro para o Instituto Alfredo da Matta, no valor de R\$ 500 mil. e mais dois convênios com as SES, um para RS na área de informática e do Sistema de Informações no valor de R\$ 30 mil e o outro a SES de TO no valor de R\$50.000 para apoiar ações de coordenação, capacitação e avaliação).

⁴⁷ De acordo com a Unidade de Gerência de Projetos/Vigisus/Funasa, de um total de recursos programado de R\$64,26 milhões, foram pagos, até 30/10/2002, para os nove Estados da Amazônia Legal, o valor de R\$36,33 milhões para todas as áreas programáticas. Neste repasse estão envolvidos recursos para a área de hanseníase nos componentes da Vigilância Epidemiológica e do Controle de Doenças na Amazônia Legal.

⁴⁸ A primeira campanha veiculada na mídia nacional (TV, radio e similares, panfletos, cartazes), em 1987, objetivando o diagnóstico precoce da doença, elevou em 35% o número de casos novos no ano e que correspondeu a seis mil casos, e influenciou historicamente a curva de detecção de casos novos no Brasil. Tais resultados têm reflexos até os dias atuais, tendo em vista a retenção das mensagens.

⁴⁹ LEC - para atender os municípios com prevalência oculta de hanseníase dos países endêmicos, visando o aumento da detecção e melhoria da cobertura. Desde 1997, são atendidos municípios dos estados do RJ, MT, AM, RO e RN.

4. DISCUSSÃO

4.1. ANÁLISE DA INTERVENÇÃO QUANTO À CONCEPÇÃO: FINANCIAMENTO E PRIORIZAÇÃO

O repasse de recursos financeiros da União, mediante convênios, para municípios com prevalência de hanseníase ocorreu apenas nos anos de 1997 e 1998⁵⁰ quando a capacidade gerencial da CNDS foi efetiva, tanto na direcionalidade da prioridade, quanto na execução do orçamento para o controle da doença, historicamente comprometido⁵¹. É importante destacar uma situação até então inédita: 98 % dos recursos empenhados na celebração dos 211 convênios firmados com municípios, dos quais 96,2% integram a relação dos 862 municípios prioritários, o que considera relevante na concepção, de acordo com os critérios epidemiológicos previstos na NOB/96, para as políticas públicas.

Em relação ao critério de população, 32,7% dos municípios conveniados apresentam população abaixo de 50 mil, correspondendo assim a critério estabelecido para a definição da Relação de Prioridades, a qual inclui 62,2% dos municípios com esta população. É importante assinalar que tal critério não foi rigoroso, visto que a gerência estadual do programa podia indicar municípios com população abaixo de 50 mil, desde que devidamente justificado⁵². Assim, alguns municípios mais populosos não foram indicados pela Coordenação Estadual da Dermatologia Sanitária, embora apresentassem coeficiente de prevalência muito alto.

O critério da prevalência foi bastante observado, na medida em que os 862 municípios prioritários incluíam 83% do registro ativo de pacientes de hanseníase em 1996. Por outro lado, a lista dos municípios conveniados possuía 57% do mesmo registro ativo, não tendo sido considerado neste percentual os dados dos oito municípios que não estavam na relação dos municípios prioritários. Observou-se que os municípios de São Paulo de Olivença (AM) e Itamaracá (PE), apesar de constarem da lista de prioridades não tiveram indicação pelas gerências nacional e estadual da Dermatologia Sanitária para celebração de convênios. Além disso, 71,3% dos municípios conveniados apresentavam coeficiente de prevalência superior a 5 casos/10mil habitantes, embora 6,6% dos municípios conveniados tivessem baixo coeficiente de prevalência (>1casos/10mil habitantes). A inclusão foi justificada pelos indícios de existência de endemia oculta e pela baixa confiabilidade dos dados disponíveis⁵³.

Em relação ao financiamento das ações de saúde, a dependência da União, de estados e municípios para a realização de ações específicas na área da hanseníase levou a CNDS, no período de 1998 a 2000, além de repassar recursos aos municípios selecionados, cobrir necessidades financeiras das SES, dos Centros Nacionais e Regionais de Referência e das Universidades. Com isso, a CNDS visava incentivar e promover as ações gerenciais de acompanhamento, de supervisão e avaliação, bem como a capacitação dos profissionais para suspeição, diagnóstico e tratamento, além da sensibilização da população, aspectos tradicionalmente pouco cobertos por ações estaduais e municipais.

Detalhando as peculiaridades do financiamento houve, a partir do biênio 1997/98, um incremento de alocação de recursos para o controle da hanseníase. É importante observar que, no ano de 1999, a então Área Técnica da Dermatologia Sanitária (ATDS), apesar de não dispor de orçamento específico na SPS/MS, devido às mudanças mencionadas anteriormente, no âmbito do PPA 1996-1999, destacou recursos para a assistência a 23 SES⁵⁴, por intermédio do chamado convênio global que priorizava, além da hanseníase e da tuberculose, a saúde mental e a saúde do trabalhador entre outros, dependendo do perfil epidemiológico de cada Estado. Os recursos para a hanseníase foram aprovados com base em um Termo de Referência estabelecido e destinavam-se à capacitação de profissionais, à supervisão e à avaliação do desempenho do programa, atividades freqüentemente financiadas pelo órgão central.

⁵⁰ Momento político nacional considerando que a Hanseníase, juntamente com 5 outros agravos passa a fazer parte do Plano de Metas Prioritárias do Governo 97/98 e momento político internacional considerando o compromisso de eliminação da hanseníase até o ano 2001 assumido juntamente com 122 países endêmicos na 44ª Assembléia Mundial de Saúde, compromisso este reafirmado em 1998 na III Conferência Mundial para Eliminação da Hanseníase.

⁵¹ Observa-se, posteriormente, a garantia do aumento do orçamento para a hanseníase (a cada Lei Orçamentária Anual, de acordo com o PPA 2000-2003).

⁵² Essas justificativas foram os riscos da doença demonstrados pela taxa de detecção em menores de 15 anos de idade, indícios de endemia oculta e aspectos operacionais.

⁵³ Justificado, além do já referido na nota 1, pelo desenvolvimento do Sistema de Informações, responsabilidade do Sinan. De 1997 – ano em que o Sinan estava implantado em 19 estados – a 2002, a situação modificou-se; só não está implantado no estado do AM por questões operacionais e particularidades do próprio Estado. A situação também modificou-se em termos operacionais, passando de Sinan DOS para o Sinan Windows, apesar das dificuldades existentes na transferência dos dados (do estado para o nível nacional), em função da insuficiência de recursos humanos em quantidade e qualidade. Hoje ainda constitui problema o acompanhamento de casos, o que se reflete na prevalência.

⁵⁴ Exceto com as SES da região sul e Distrito Federal. Entretanto, em 1998, além dos convênios com os 211 municípios, a Funasa celebrou convênios com as SES de RS, AM e TO e a Universidade Federal de Goiás.

Já no ano de 2000, foram estabelecidos mais 22 convênios, sendo 20 com as SES e dois com os centros de referência para apoiar ações de coordenação regional, controle, pesquisa, supervisão, elaboração de material instrucional, educativo e capacitação de profissionais de saúde.⁵⁵ Entretanto, os recursos então comprometidos somente tornaram-se disponíveis no decorrer do exercício de 2001.

No âmbito do projeto Vigisus, que atua seletivamente nas áreas endêmicas, de forma integrada com outras doenças prevalentes, além da hanseníase – como já foi referido –, para o período 1999-2001, foram priorizados e atendidos 34 municípios dos nove estados da Amazônia Legal, os quais também estavam incluídos na estratégia do biênio 97-98, demonstrando adequabilidade do critério de município prioritário anteriormente estabelecido.

A estratégia denominada Ação Mobilizadora Nacional, estabelecida em 2001, juntamente com o controle da Tuberculose, consubstanciada no Plano Nacional Estadual de Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose⁵⁶, visa implantar na totalidade das unidades básicas de saúde as ações de diagnóstico, tratamento de todos os casos e cura de pelo menos 90%, reduzindo a taxa de abandono ao tratamento. Tal como a estratégia de apoio financeiro aos municípios priorizados do biênio 97-98, essa estratégia selecionou 329 municípios, cobrindo 50% da população brasileira e 80% de todos os casos da doença no País.

A portaria que institui o incentivo a detecção de casos no âmbito da estratégia para o impulso final para a Eliminação da Hanseníase e a criação de alianças municipais reforçam a estratégia de repasse de recursos financeiros a municípios prioritários tal como foi operacionalizado em 97/98.

Segundo a Área Técnica de Dermatologia Sanitária (PEREIRA, 2002), o orçamento anual⁵⁷ variou, no período de 1998 a 2001, de 12,0 milhões a 14,7 milhões de reais, o que caracteriza a prioridade do governo federal, expressa no repasse efetivo dos recursos financeiros de acordo com critérios técnicos e políticos⁵⁸.

Dos recursos repassados aos municípios por meio de convênios no biênio 97/98, embora apresentem morosidade na aplicação, foi observado que 81,4% dos convênios com prestação de contas aprovadas executaram mais de 80% dos recursos envolvidos incluindo a contrapartida e os rendimentos de aplicação como veremos no item a seguir.

4.2. ANÁLISE DA INTERVENÇÃO QUANTO AO PROCESSO: CELEBRAÇÃO, ACOMPANHAMENTO DO REPASSE, EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA E PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS CONVÊNIOS CELEBRADOS

A disponibilidade de instrumento com normas e orientações para elaboração dos Planos de Eliminação e de Trabalho (também para as SMS), critérios e parâmetros para definição de prioridades e indicação dos municípios a serem priorizados para a celebração de convênios foi considerada como muito útil no processo pelos interlocutores envolvidos.

A celebração dos convênios, a situação de repasse dos recursos e a sua execução são analisadas, de um lado, pelo tempo médio da transferência dos recursos, medido pela data de celebração e o pagamento e, de outro, pela sua execução financeira (receitas X despesas), bem como pelo tempo em que o recurso ficou parado sem utilização e, obviamente, pelas inúmeras prorrogações da vigência.

Nesse sentido, observa-se que 84% da meta de celebração do convênio, inicialmente estabelecida pela CNDS/Cenepi/Funasa, foi cumprida. Foram celebrados, em 1997, 63,5% dos convênios e 36,5%, em 1998, com vigência de 12 meses. O tempo médio de repasse, numa amostra de 152, foi de 3,5 meses (105 dias). Verifica-se que, embora não tenha sido muito ágil, o repasse foi regular e contínuo, em parcela única. Os atrasos de transferência – acima de 12 meses – ficaram por conta dos entraves administrativos ou de condicionantes legais devido à inadimplência com o INSS, e decorrentes da não prestação de contas ou de irregularidades na comprovação de despesas encontradas em convênios anteriormente firmados.

⁵⁵ Os recursos financeiros dos convênios celebrados foram, em sua maioria, repassados no primeiro semestre de 2001.

⁵⁶ Comitê de Mobilização para o Controle da Tuberculose e Hanseníase (Portaria N. 2182, de 21 de novembro de 2001).

⁵⁷ Nos recursos orçamentário-financeiros, só estão incluídos medicamentos para 5% dos pacientes em esquemas alternativos à PQT/OMS e os medicamentos antirreacionais. Todos os demais são doados por intermédio da OMS, levando a uma economia anual de mais de três milhões de reais.

⁵⁸ Para o ano de 2002 estão orçados 14,1 milhões e o Projeto de Lei Orçamentária 2003, em aprovação no Congresso, o montante de 11,7 milhões para as ações de controle da Hanseníase.

Em relação à execução financeira, 78% dos convênios utilizaram de 90% a 100% do recurso total; 18,6% dos municípios o fizeram de forma ineficiente (execução inferior a 80%), situações estas detectadas partir de uma amostra de 150 municípios dos quais foi possível coletar dados.

A quase totalidade dos convênios celebrados tiveram sua vigência prorrogada sucessivas vezes, todas sem relação com o atraso no repasse de recursos (quando há prorrogação ex-officio). Isso parece demonstrar a baixa capacidade administrativa e técnica de execução da programação de atividades por parte dos municípios e, portanto, de implementação do convênio. Tal constatação se associa ao baixo desempenho da execução financeira e a baixa capacidade operacional para apresentação da prestação de contas, uma vez que os motivos alegados para a prorrogação da vigência na maioria das vezes são improcedentes⁵⁹, conforme análise documental realizada em 30 ofícios de solicitação de prorrogação de vigência recebidos.

A prorrogação da vigência está diretamente relacionada à morosidade no desenvolvimento das atividades programadas no Plano de Trabalho pactuado, na baixa agilidade das transferências pelo órgão central e na ineficiente utilização do recurso por parte do município. Isso é também observado quando se analisa o importante valor do rendimento da aplicação no mercado de capitais, 15,2% do total do valor repassado pelo concedente, o que demonstra o tempo razoável em que o recurso ficou paralisado nos municípios. Este fato influencia negativamente o alcance das metas e o cumprimento do objeto do convênio. Ficam comprometidos a programação de execução das atividades, a motivação das equipes de profissionais e de certa forma a previsão dos gastos considerando o processo inflacionário.

Em consequência da prorrogação da vigência, a totalidade das prestações de contas só foram apresentadas em 2001 e 2002. Observou-se que 184 convênios submeteram suas prestações de contas à análise do concedente, no caso à Funasa. Destes, 19 ainda estão em processo de análise, 12 sem parecer técnico concluído e 34 em diligência e ou no TCE. Verifica-se também morosidade da análise e aprovação da prestação de contas pelo órgão central.

Em relação às impropriedades encontradas na análise das prestações de contas, pode se afirmar que elas estão relacionadas a aspectos formais e legais tanto de execução e aplicação de recursos no mercado de capitais, quanto da própria apresentação e comprovação desta prestação de contas.

Apesar de as SES terem recursos do programa nacional para o exercício do papel de acompanhamento da execução físico-financeira dos convênios firmados, isto não foi observado (à exceção de alguns estados)⁶⁰. Constata-se que o nível central da Funasa, e mais especificamente a CNDS, esteve presente em todo o processo de celebração dos convênios, até o repasse de recursos, o que pode ser considerado bastante eficiente. Houve também uma participação mais efetiva por parte das SES e das coordenações regionais da Funasa no momento da concepção da proposta, da elaboração da metodologia, da definição das prioridades e na apresentação dos planos e documentação para a celebração dos convênios. O monitoramento da execução física e financeira ficou praticamente fora da preocupação de todos os gestores, comprometendo de certa forma os resultados.⁶¹ Isso reduziu a capacidade de intervenção dos gerentes (governabilidade), de um modo geral, tanto da área técnica da dermatologia, quanto da área financeira da Funasa (níveis central e regional) no acompanhamento da execução técnico-financeira dos convênios celebrados.

O acompanhamento da execução financeira de convênios, visto como útil e necessário para o alcance dos objetivos e metas estabelecidas, só foi institucionalizado a partir dos anos de 1999/2000, quando o Fundo Nacional de Saúde do MS implantou uma sistemática por amostragem⁶² de acompanhamento mensal, por meio de relatórios, levantamentos e visita *in loco*. Tal sistemática vem promovendo uma maior eficiência na gestão dos recursos públicos.

⁵⁹ Os motivos apresentados para a prorrogação da vigência foram: atraso na liberação de recursos, (o que não se justifica face ao ex-officio); número insuficiente de profissionais; problemas operacionais; mudança e transição de governo; necessidade de adequação das instalações; priorização e desenvolvimento de outras ações; reestruturação da Secretaria Municipal da Saúde tendo em vista a municipalização.

⁶⁰ As SES do Estado de São Paulo, por intermédio da coordenação estadual da hanseníase, incorporou a proposta desde a concepção até a celebração dos convênios. E também estabeleceu e implementou uma proposta de acompanhamento e avaliação. A SES da Paraíba assessorou a execução e acompanhou as atividades dos municípios conveniados, participando dos treinamentos e das campanhas municipais.

⁶¹ Nove coordenações estaduais não encaminharam os dados epidemiológicos e operacionais do Programa da Hanseníase e os 14 que encaminharam estão incompletos; o mesmo não ocorreu com os dados relacionados com a prestação de contas que, sob a responsabilidade das Dicon/Núcleos de Convênio do Ministério da Saúde nos estados, encaminharam a maioria dos dados.

⁶² A amostragem dos convênios acompanhados teve como critérios: convênios vigentes com valores acima de R\$ 500 mil, relacionados com as prioridades do MS, tais como: como Urgência e Emergência e Gestante de Alto Risco, Aids, Sangue e Hemoderivados e Laboratório Central do Estado. Os resultados estão divulgados por meio da Internet www.fns.saude.gov.br.

O relatório gerencial do Ano de 2001, publicado em 2002, que apresenta a análise das informações sobre 125 convênios acompanhados no primeiro semestre, e 285 no segundo semestre, informa que, dos convênios supervisionados, 82% receberam notificação para cumprir determinadas diligências durante sua execução, 9% receberam notificação para devolução de recursos e menos de 1% foi apontado para instauração de Tomada de Contas Especial (TCE), ou seja, apresentava impropriedades graves na aplicação de recursos⁶³.

Importante observar que a sistemática de assessoria e acompanhamento mensal da execução de financeira do convênio tem efeitos na aplicação adequada dos recursos e na qualidade da prestação de contas, no cumprimento do cronograma de atividades dentro da vigência, no alcance das metas e no atendimento do objeto do convênio.

É provável que haja uma relação positiva entre a execução financeira e a condição de gestão plena do sistema municipal nos municípios conveniados, como visto anteriormente. É mesmo provável que igual relação exista entre os indicadores de prevalência e detecção, de cura e de abandono ao tratamento, associado à implantação do Pacs e do PSF. Todavia, não foi possível a constatação de tais situações, em face à impossibilidade de acesso aos dados epidemiológicos e operacionais dos municípios em questão, conforme já referido em 2.3. Coleta de dados.

A avaliação, como parte essencial do processo de planejamento e gestão, se institucionalizada (HARTZ, 2001) e incorporada como ação sistemática nos diversos níveis de saúde (VIEIRA & FORMIGLI, 1994), propiciaria informações que poderiam ser utilizadas para a adequação de intervenções e reorientação das práticas para a tomada de decisão.

Assim, a institucionalização da avaliação pode iniciar com o acompanhamento e monitoramento por meio da organização das informações gerenciais de rotina dos processos. Isso permitiria, ao acompanhar a implantação de qualquer intervenção, a promoção tempestiva e oportuna das adequações necessárias, consentando os rumos durante o vôo para o alcance dos objetivos definidos. A análise do grau de operacionalização de todas as fases da celebração e execução de convênios para repasse de recursos aos municípios de alta prevalência permitiria identificar os aspectos facilitadores (sinergismo) e os aspectos dificultadores (antagonismo)⁶⁴ entre os fatores em jogo para produção dos efeitos e resultados (Denis & Champagne, 1997).

A análise do repasse de recursos aos municípios de alta prevalência, quanto a sua concepção e acompanhamento da implantação, leva à identificação dos acertos e equívocos em cada fase do processo. Isso, se transformado em recomendações, poderá ter conseqüências positivas para a tomada de decisão. Uma delas seria a adequação de metas e objetivos, tendo em vista sobretudo que a meta de eliminação da hanseníase foi prorrogada para 2005. E, nesse sentido, tal avaliação, ao abranger a concepção, a organização, os critérios, a metodologia da intervenção, a seleção de municípios prioritários e priorizados e as normas de celebração de convênios, poderia induzir a um maior grau de sucesso nas intervenções e, portanto, ampliar as possibilidades do alcance da meta de eliminação.

Resta observar que os dados de cobertura municipal, no período de 1996 a 2001, embora não fossem objeto principal do estudo, eles eram pertinentes, considerando a discussão da descentralização, associada à análise do processo de centralização e a heterogeneidade dos municípios (com contextos e graus de desenvolvimento institucional diferenciados) o que, efetivamente, influi na capacidade local de enfrentamento dos problemas. Assim, analisar o processo da estratégia federal de descentralização das ações de controle da hanseníase – expressa na promoção da autonomia técnico-financeira e na capacidade dos municípios em assumi-las, num primeiro momento, e o impacto num segundo – está associado ao incentivo da União para reforço da implementação da política de eliminação da hanseníase.

Importante ainda considerar que avaliações de resultados junto à população envolve a análise de um conjunto de fatores. No estudo, o efeito do aumento da cobertura na detecção de casos e na queda da prevalência requer a neutralização de outros fatores (isolamento), outras variáveis que provavelmente influenciaram o resultado, o que poderá ser obtido, segundo HARTZ (2000), por meio de uma pesquisa avaliativa.

⁶³ Idem 48 p. 22-23.

⁶⁴ Sinergismo refere-se aos aspectos facilitadores como por exemplo, a motivação e o envolvimento dos profissionais no âmbito do município; o antagonismo refere-se aos aspectos dificultadores como, por exemplo, a resistência ao repasse de recursos por parte dos dirigentes da Funasa.

O estudo compara a intervenção concebida e planejada, com a intervenção efetivamente implantada. Pretendeu-se, assim, uma análise de processo, ou seja, como a forma e os meios de implantação contribuíram para os efeitos e resultados registrados. Não foram analisadas neste trabalho as variações no contexto organizacional por não constituírem objeto específico, nem observados os efeitos na prevalência, detecção e cobertura após a execução dos convênios celebrados pela falta de dados epidemiológicos e operacionais não recebidos e incompletos no âmbito municipal.

5. CONCLUSÃO

A análise da intervenção quanto aos resultados do processo permite concluir:

1. os convênios foram celebrados de acordo com as prioridades estabelecidas; as exceções – 3,8% dos municípios que não fazem parte da lista de municípios prioritários e os 6,6% que apresentam coeficiente de baixa prevalência – foram aceitas pelas justificativas apresentadas e por não comprometerem os critérios;

2. o desempenho financeiro dos convênios cujas prestações de contas foram aprovadas está satisfatoriamente de acordo com o esperado, visto que 78% dos convênios utilizaram de 90 a 100% do recurso total. As prestações de contas com impropriedades e ou que não apresentadas ocorreram, ao que parece, em função da capacidade operacional dos municípios, agravadas pela ausência de assistência técnica dos outros níveis de gestão;

3. o acompanhamento/monitoramento por parte dos gestores e de outros atores implicados na fase de implantação, de execução física e financeira do convênio e da prestação de contas – conforme as metas, cronograma de execução de atividades e plano de aplicação financeiro – poderiam provavelmente ter influenciado positivamente e levado a melhores resultados no que se refere ao desempenho financeiro, cumprimento da vigência, à cobertura municipal do programa e a queda da prevalência da hanseníase, objetivos estes que devem fazer parte de outros estudos;

4. a estratégia/ação de repasse de recursos financeiro da União, por meio de convênios, a municípios prioritários, para incentivar o alcance da eliminação foi fundamental para ampliar a capacidade gerencial da área técnica central da dermatologia sanitária no tocante à execução financeira do orçamento (de 98% no biênio 1997/98), para aumentar a alocação orçamentária de recursos nos anos posteriores; e para o direcionamento destes recursos para áreas prioritárias, embora com isso não se tenha garantido a sua aplicabilidade, de acordo com os fins previstos.

5. a análise do impacto causado com a execução dos convênios, mediante indicadores de prevalência e de cobertura por município conveniado, no período de 1996 a 2000, ficou comprometida, em face à impossibilidade de verificação da qualidade dos dados recebidos e o não recebimento dos mesmos em cerca de nove UF's;

6. recomenda-se para estimular o alcance da meta de eliminação da hanseníase para o ano 2005:

- Continuar a apoiar técnica e financeiramente os municípios prioritários para implantar e implementar as ações de controle (suspeição, diagnóstico, tratamento e reabilitação) nos postos, centros e unidades básicas de saúde priorizando os serviços mais próximos da população.

- Institucionalizar o processo de acompanhamento e avaliação físico-financeira das ações de controle da hanseníase objetivando a tomada de decisão, intervenção e adequação de estratégias e planos.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, J. A. E. Avaliação: Mitos e armadilhas. In: _____. **Ensaio sobre a avaliação em políticas públicas em educação**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fundação Cesgranrio, 1992. p. 46.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Orientações para elaboração e operacionalização do plano municipal de eliminação da hanseníase (PEL) e plano de trabalho para celebração de convênios com os municípios prioritários definidos por unidade federada**. Brasília. 1997. (mimeo)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Diretrizes nacionais para ações na área de dermatologia sanitária 1997-2000**. Brasília. 2000. (mimeo)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Normas de Financiamento de programas e projetos mediante a celebração de convênios: orientações técnicas 2001/2002**. s. A. v. 74. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. p.12.
- BRASIL. Lei n. 3.542, de 11 de fevereiro de 1959. Institui a campanha nacional contra a lepra e da outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 2513, 11 fev. 1959.
- BRASIL. Lei n. 5.511, de 15 de outubro de 1968. Submete a campanha nacional contra a lepra ao regime previsto na Lei 5.026, de 14 de junho de 1966, e da outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 9605, 16 out. 1968.
- BRASIL. Lei n. 9.010, de 29 de março de 1995. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e da outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 5509, 30 mar. 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Reunião nacional de avaliação das ações de dermatologia sanitária**. Hanseníase: Vamos acabar com esta mancha no Brasil. Brasília. 1996. (mimeo)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Relatório de Atividades 1998-2001**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase: Atividades de controle e Manual de procedimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família (PSF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão e Políticas Estratégicas. Área Técnica de Hanseníase. **Hanseníase no Brasil: Progressos e dificuldades em relação à eliminação**. Brasília. 1998. (mimeo)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Relatório de Gestão da Área Técnica de Dermatologia Sanitária 1998 – 2001**. Brasília. 2002. (mimeo)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Estratégias do impulso final para a eliminação da Hanseníase no Brasil**. Brasília. 2002. (mimeo)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Plano de eliminação da Hanseníase no Brasil**. Brasília. 2002. (mimeo)
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Estratégia de Aceleração da Eliminação da Hanseníase em todos os Municípios do Brasil**. Salvador, 2000.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J-L; BOYLE, P. Saber preparar uma pesquisa. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. p. 26-86. 1994.

- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE F.; DENIS J. L.; PINEAULT, R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org) **Avaliação na área da saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.p. 29-48.
- DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação de programas. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 49-88
- DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: _____. **Explorations in quality Assessment and Monitoring**. vol. 1. Michigan: Michigan Health Administration Press, 1973. p. 75-125.
- DONABEDIAN, A. Evaluation de la calidad de la atencion medica. In: OPAS, (White, K. L., editor principal). **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington, D. C.: OPS, 1992. p. 382-404 (Publicacion científica – 534).
- DONABEDIAN, A. The Quality of Care – How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, n. 260. 1978. p. 1743-1748.
- GUBA, E.G.; LINCOLN, Y. S. **Effective Evaluation**. San Francisco, C.A: Jossey-Bass, 1987.
- _____. **Guia para implantar/implementar as atividades de controle da hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.
- HABICHT, E. J. et al. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **Int. J. Epidemiol**, 28 p. 10-18, 1999.
- HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 3 (1), p. 68-82. 1998.
- HARTZ, Z. M. A. Institucionalizando a avaliação em saúde: lições internacionais nas evocações da França. Adaptado de: HARTZ, Z. M. A., 1999. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationales over fast food and sur mesure over ready-made. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15(2), p. 229-260. 2001.
- HARTZ, Z. M. A.; CHAMPAGNE, F; LEAL, M. C.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Mortalidade infantil evitável em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.30 (4), p. 310-318. 1996.
- HARTZ, Z. M. A.; CHAMPAGNE, F; LEAL, M. C.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliação do programa Materno-Infantil: Análise de implantação em sistema locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde: Dos modelos conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 89-127. 1997.
- HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997.
- LOMBARDI, C. at al. **Hansenologia: Epidemiologia e controle**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1990, 85 p.
- MELDOLESI, N. S. A avaliação das políticas na França. **Revista do Serviço Público (RSP)**. São Paulo, v.120, n. 1, jan./abr. 1996.
- MONNIER, E. **L'évaluation pluraliste: un usage nouveau d'outils classiques**. Paris: Commissariat Général du Plan. 1990.
- MONTEIRO, Y. N. História e Poder no Estado de São Paulo. In: _____. **Hanseníase Internacionais**. vol. 12. São Paulo. 1987.
- _____. **Norma Operacional básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS-96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1.ed.1997.
- OLIVEIRA, M. L. W. & MOTTA, C.P.A hanseníase como problema de saúde pública.In LOMBARDI, C. et al. **HANSENIASE: Epidemiologia e Controle**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, p 21-32, 1990

- OLIVEIRA, M. L. W. **Cura da Hanseníase**: magnitudes das recidivas no Brasil, estudo de coortes de diferentes esquemas terapêuticos e fatores de risco. Rio de Janeiro, Tese de doutorado – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.
- OLIVEIRA, M. L. W. et al. **Hanseníase**: cuidados para evitar complicações. 2.ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998.
- OLIVEIRA, M. L. W. Controle da Hanseníase. In: LOMBARDI, C. et al. **HANSENIASE**: Epidemiologia e Controle. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, p 71-82, 1990.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Reunião da aliança mundial para eliminação da Lepra – GAEL**. 2. Brasília. 2002. (mimeo)
- PEREIRA, G. F. M. **Características da hanseníase no Brasil**: situação e tendência no período de 1985 a 1996. São Paulo: Tese (Mestrado em Epidemiologia) – Escola Paulista de Medicina. Universidade de São Paulo. 1999. 109 p.
- PINTO, A. M. R. O Fetichismo da Avaliação. **Análise & Conjuntura**, Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, v. 1, n. 1/2, p. 73-92, maio/ago. 1986.
- PORRIT, R. J.; OLSEN, R. S. Two simultaneous cases of leprosy developing in tattoos. **American Journal of Pathology**. n. 23, p. 805-817. 1947.
- RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO SERVIÇO NACIONAL DE LEPRO – Ministério da Saúde, Brasília, 1963.
- SOUZA-ARAÚJO, H. C. **História da lepra no Brasil [1890 – 1952]**. Período Republicano, Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, v.3, p. 117-383, 1956.
- SOUZA-ARAÚJO, H. C. **História da lepra no Brasil [1500-1889]**: Período Colonial e Monárquico,. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional. v3, 1946.
- TANAKA, Oswaldo Y. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, USP, 2001. p. 13-14.
- VIEIRA DA SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10 (1), p. 80-91, jan./mar. 1994.
- VIEIRA DA SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A.; CERQUEIRA, M. P.; KRECHEVSKY, L. Coberturas vacinais superestimadas? Novas evidências a partir do inquérito de Pau da Lima. **Revista Panamericana de Salud Pública**. a. 76, v. 1. n. 6. p. 444-450. 1997.
- VIVERET, P. **L'évaluation des politiques et des actions publiques et propositions en vue de l'évaluation du revenu minimum d'insertion**. Paris: La Documentation Française. 1989.
- YAMANOUCHI, A. et al. Hanseníase e Sociedade: um Problema Sempre Atual. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro: ECN-Editora Científica Nacional Ltda, v. 68, n. 6, p. 396, nov./dez. 1993.

OBRAS CONSULTADAS

- ANDRADE, V. L. G.; SABROZA, P.; ARAÚJO, A. J. G. Fatores associados ao domicílio e à família na determinação da hanseníase. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10(Supl. 2): 281-292. 1994.
- ANDRADE, V. L. G. **Evolução da hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de saúde**. Rio de Janeiro, 1996. 182 p. Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BOLETIM DA DIVISÃO NACIONAL DE LEPRO. Rio de Janeiro (?): Editor, 1972 -
- BONNIOL, JJ.; VIAL, M. **Modelos de avaliação**: textos fundamentais com comentários. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Instrumento de avaliação das ações de controle da hanseníase no Brasil**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Relatório final da avaliação independente do programa nacional de eliminação da hanseníase**. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Estudo de tendência da hanseníase**. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Gerência Técnica Nacional de Dermatologia Sanitária. **Legislação sobre o controle de doenças na área de dermatologia sanitária**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa n.º 01, de 02 de janeiro de 1998. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS/96, de 06 de novembro de 1996. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, de 06/11/1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Relatório final de avaliação do programa de hanseníase - 1985. Brasília, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Guia para controle da hanseníase**. 2. ed. Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Gerência Técnica Nacional de Dermatologia Sanitária. **Legislação sobre o controle de doenças na área de dermatologia sanitária**. Brasília. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Controle da hanseníase: Uma proposta de integração ensino-serviço**. Brasília, 1989.

FERREIRA J. **Validade dos indicadores epidemiológicos utilizados para avaliar de forma indireta a magnitude da hanseníase**. Florianópolis, Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1999. 145 p.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Ed. Hucitec. 1992.

MONNIER, E. **Évaluation des politiques publiques: Méthodes et pratiques**. Dossiers de problèmes politiques et sociaux. Paris: La Documentation Française. 1989.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Epidemiologia de la Lepra en Relación com la Lucha Antileprosa. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. **Série e Informes Técnicos**. n. 716. 1985. 64 f.

TALHARI, S.; NEVES, R. G. **Hanseníase**. 2. ed. Manaus: Instituto Superior de Estudo da Amazônia, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Action programme for the elimination of leprosy. 1996. Status Report. 18 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Weekly Epidemiological. 1997. Record. n. 28, p. 205-212.

ZÚÑIGA, M. G. **Informe de assessoria al programa de control de la enfermedad de hansen en el Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. 1987. 56 p.