



"Avaliação da implementação das ações de vigilância epidemiológica da esquistossomose mansoni: um estudo de caso no município de União dos Palmares, AL"

por

Jeann Marie da Rocha Marcelino

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

> Orientador principal: Prof. Dr. Luciano Medeiros de Toledo Segunda orientadora: Prof. ^a Dr. ^a Helia Kawa

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.





Esta dissertação, intitulada

"Avaliação da implementação das ações de vigilância epidemiológica da esquistossomose mansoni: um estudo de caso no município de União dos Palmares, AL"

apresentada por

Jeann Marie da Rocha Marcelino

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Eduardo Hage Carmo
Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz
Prof.^a Dr.^a Helia Kawa – Segunda orientadora

Catalogação na fonte Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica Biblioteca de Saúde Pública

M314 Marcelino, Jeann Marie da Rocha

Avaliação da implementação das ações de vigilância epidemiológica da esquistossomose mansoni: um estudo de caso no município de União dos Palmares, AL. / Jeann Marie da Rocha Marcelino. Rio de Janeiro: s.n., 2010.

xv,122 f., il., tab., graf., mapas

Orientador: Toledo, Luciano Medeiros de Kawa, Helia Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Esquistossomose. 2. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 3. Vigilância Epidemiológica. 4. Estudos de Casos. I. Título.

CDD - 22.ed. - 614.553098135

Ofereço este trabalho aos amores da minha vida: Sílvio, Fellipe, Gabriel e Maria Vitória, que me apoiaram e souberam compreender minhas ausências.



AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que me concedeu a graça de conquistar esse título, pois sem Ele, nada eu poderia fazer.

Aos meus pais Edmilson e Quézia que me deram a vida, e os ensinamentos básicos para chegar até aqui.

Ao meu amado companheiro e amigo Silvio, e meus lindos filhos Fellipe, Gabriel e Maria Vitória, pela compreensão nos momentos de ausência do nosso convívio familiar.

Também sou grata a todos os meus familiares que me incentivaram e me apoiaram na realização deste trabalho, em especial a meus queridos irmãos: John, Janne, Michelle e Josenice. Meus cunhados Josimar e Viviane. Minha segunda e tão amada família: Vitória, Geraldo, Sônia, Ivy, Marcelo, Izabela, Sueli, Luiz, Bárbara, Sara Rayane, Humberto e Eduardo.

Também agradeço a Deus pelos irmãos do Movimento JOIA que intercederam por mim.

Ao meu orientador Dr. Luciano Medeiros de Toledo, sempre tão atencioso, pela calma e tranquilidade que me transmitia e pela confiança depositada em mim. A professora Hélia Kawa, minha co-orientadora que conduziu esse trabalho com serenidade e dedicação, minha gratidão.

Agradeço com carinho a Marly Cruz e Elizabeth Moreira que coordenaram e ministraram com competência e dedicação esse curso de mestrado e a todos os professores do curso.

Aos professores, que participaram da banca de qualificação e seminários de acompanhamento pelas valiosas sugestões. Agradeço também a Paulo Frias, que foi uma luz num momento de escuridão.

Aos colegas mestrandos, pelo companheirismo e amizade, em especial, aos mais próximos, Ana Johnson, Joana, André e Marta e Walquíria.

À Gabriel e Beth Cardoso pela gentileza com que sempre atenderam minhas solicitações de apoio junto à Secretaria acadêmica da ENSP.

Aos representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, órgão financiador deste curso, agradeço pelo apoio e oportunidade que me proporcionaram com a realização do mestrado profissional, em especial ao Dr. Eduardo Hage e Carla Magda Domingues.

Aos chefes João Batista, Greice Madeleine e Wanderson Kleber pelo apoio e liberação para os estudos.

À Maria José Menezes, minha amiga e chefe de coração, um agradecimento todo especial, pela amizade, apoio, puxões de orelha, estímulo, ensinamentos, companheirismo e partilha dos momentos difíceis.

Agradeço a Cleide Maria da Silva Moreira, diretora de Vigilância Epidemiológica do Estado de Alagoas que apoiou este estudo e aos profissionais Jean Lúcia, José Marcelo e Carlos Arnaldo que me acompanharam e auxiliaram com tão boa vontade.

À gestora da Secretaria Municipal de Saúde de União dos Palmares, na pessoa de Rosário Pedrosa e aos profissionais da Vigilância Epidemiológica Ana Tereza, Josinaldo, Manoel Bispo, Sr. Tadeu, Ivan e toda a equipe de endemias que se disponibilizaram para as entrevistas e contribuíram com parte do seu tempo e do seu conhecimento para a realização deste estudo, um agradecimento todo especial.

Aos colegas da Coordenação de Doenças Transmitidas por Vetores, pelo carinho, apoio e companheirismo: Zilda, Felicidade, Eva, Simone, Maria de Fátima, Helen, Ricardo, Sara Jane, Josefa, Ronaldo Amaral, Maria Aparecida, Álvaro, Leandro, e Gilmara.

A amiga Ediléa Caldas, pelo carinho e pela ajuda no inglês.

Agradeço também aos colegas do Departamento de Saneamento da Fundação Nacional de Saúde – Presidência, Manoel Mª Henrique Nava Jr., Rosa Terzella e Rosilda Silva pela valiosa ajuda nos dados sobre saneamento.

E ainda, por todas as pessoas que torceram por mim.

SUMÁRIO

RESUMO	IX
ABSTRACT	X
LISTA DE FIGURAS	XI
LISTA DE QUADROS	XII
LISTA DE TABELAS	XIII
LISTA DE SIGLAS	XIV
1. INTRODUÇÃO	16
1.2. Situação problema	19
1.3. Pergunta avaliativa	21
2. JUSTIFICATIVA	21
3. REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1. Considerações sobre o espaço e a teoria do foco de transmissão das doenças	23
3.2. Um breve histórico do Controle da Esquistossomose no Brasil	27
3.3. Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde Pública: aspectos conceituais	30
3.4. Vigilância Epidemiológica da Esquistossomose	34
3.5. Avaliação: conceitos e abordagens	36
4. OBJETIVOS DO ESTUDO	39
4.1. Objetivo geral	39
4.2. Objetivos específicos	39
5. MATERIAIS E MÉTODOS	40
5.1. Desenho do estudo	40
5.1.1. Modelo Teórico da Avaliação	42
5.1.2. Modelo lógico de Intervenção	15

5.1.3. Matriz de Análise e Julgamento	50
5.2. Coleta de dados e Fontes de evidência	57
5.3. Processamento dos dados	61
5.4. Interessados na avaliação	63
5.6 Aspectos éticos do estudo	65
6. RESULTADOS	66
6.1. Contexto Externo	66
6.1.1. Caracterização do Município	66
6.2. Contexto organizacional e político	75
6.3. Contexto de Implantação - Componente Gestão da VE	78
7. DISCUSSÃO	90
7.1 Limitações do Estudo	96
8. RECOMENDAÇÕES	97
9. CONCLUSÃO	99
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
11. ANEXOS	110
Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	111
Anexo II - Instrumento de Coleta de dados 1	112
15) Anexo III - Instrumento de Coleta de dados 2	113
Anexo IV - Instrumento de Coleta de dados 3	115
Anexo V - Instrumento de coleta de dados 4	117
Anexo VI - Instrumento de coleta de dados 5	118
Anexo VII – Instrumento 6	119
Anexo VIII – Check- list de materiais e equipamentos	120
Anexo IX – Fotos	121

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar o grau de implantação das ações de Vigilância epidemiológica e controle da esquistossomose, por meio de um estudo de caso no Município de União dos Palmares, Alagoas. Na área endêmica as ações de Vigilância Epidemiológica da esquistossomose visam reduzir a ocorrência de formas graves, a prevalência da infecção e indicar medidas para reduzir o risco de expansão da doença utilizando como principais estratégias de controle a detecção precoce e o tratamento oportuno dos portadores de Schistosoma mansoni. Foi realizada uma avaliação normativa dos componentes de estrutura e processo, considerando os contextos externo, organizacional e político e de implantação das ações. O desenho do estudo utilizou a combinação de métodos e fontes de coleta de dados secundários e primários. Foram consultados os dados do Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose - SISPCE, do Sistema de Agravos de Notificação - Sinan, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS e do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Foram realizadas entrevistas com os informantes-chave que atuam na vigilância e no controle da esquistossomose no nível estadual e municipal e observação direta da infra-estrutura organizacional e dos trabalhos de campo. Foi construído o modelo lógico da avaliação e definidas as dimensões a serem utilizadas. O processo de construção da matriz de julgamento contou com a participação dos usuários interessados na avaliação na definição das categorias, indicadores e os critérios de avaliação. A qualidade das ações foi avaliada considerando a dimensão de conformidade entendida como a adequação das ações às normas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Os resultados evidenciaram uma implantação parcial (64,6%) das ações no município, cujos aspectos mais críticos referem-se principalmente à insuficiência de recursos humanos; falta de capacitação e atualização dos profissionais; e dificuldades operacionais nas atividades de busca ativa e tratamento. O modelo de avaliação utilizado, considerando as limitações encontradas, mostrou ser suficiente para cumprir os objetivos propostos, e pode contribuir para a melhoria e readequação das ações desenvolvidas pelo programa no município.

Palavras chave: esquistossomose, avaliação de implantação de programas, vigilância epidemiológica

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the degree of implementation of the Surveillance and Epidemiological control of schistosomiasis, through a case study in the city of União dos Palmares, Alagoas. In endemic areas the actions of Epidemiological Surveillance of schistosomiasis are aimed at reducing the occurrence of severe forms, the prevalence of infection and indicate measures to reduce the risk of spread of the disease using as a main control strategies for early detection and timely treatment of patients with Schistosoma mansoni. An assessment of the normative components of structure and process, considering the external environments, organizational and political deployment of the shares. The study design used a combination of methods and sources for collecting secondary and primary data. Initially, the document analysis and consulting to data from Information System Program Monitoring and Control of Schistosomiasis, System for Notifiable Diseases, the Hospital Information System and Mortality Information System. Interviews were conducted with key informants who work in the surveillance and control of schistosomiasis in the state and municipal level and direct observation of organizational infrastructure and field work. It was constructed the logical model evaluation and set the dimensions to be used. The process of building the array of trial with the participation of users interested in assessing the definition of categories, indicators and evaluation criteria. The quality of stock was assessed by considering the extent of compliance defined as the adequacy of actions to the standards prescribed by the Ministry of Health. The results of this study showed a partial development (64.6%) of the context of implementation, whose most critical aspects refer mainly to insufficient human resources to act in controlling the disease, lack of training and updating of professionals, and difficulties operational activities of active search and treatment. The evaluation model, considering the limitations, proved to be sufficient to meet the proposed objectives, and may contribute to the improvement and adjustment of actions developed by the program in the county.

Key words: schistosomiasis, program evaluation, epidemiological surveillance

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição da esquistossomose segundo percentual de positividade em inquéritos coproscópicos, 2009.	18
Figura 2 – Distribuição espacial da área endêmica para esquistossomose. Alagoas,2009.	20
Figura 3 – Modelo Teórico de Avaliação das ações de Vigilância Epidemiológica da esquistossomose.	42
Figura 4 – Modelo lógico da VE da esquistossomose no Município de União dos Palmares, Alagoas.	49
Figura 5 – Mapa do Estado de Alagoas, com destaque para o Município de União dos Palmares.	67
Figura 6 – Taxas de internações hospitalares por esquistossomose por 100 mil hab. Alagoas e União dos Palmares, 1990 a 2008.	69
Figura 7 – Evolução das taxas de mortalidade por esquistossomose, no Estado de Alagoas e no Município de União dos Palmares, no período de 1990 a 2008.	70
Figura 8 – População urbana e rural do Município de União dos Palmares, 1980 a 2007.	71
Figura 9 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de União dos Palmares.	79
Figura 10 – Fluxo da Vigilância ativa da Esquistossomose no município de União dos Palmares.	83
Figura 11 – Fluxo de dados do Sistema de informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose.	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dimensões utilizadas para construção do Modelo Lógico de Avaliação.	43
Quadro 2 – Matriz de análise e julgamento – Dimensão contexto externo	51
Quadro 3 – Matriz de análise e julgamento – Dimensão contexto organizacional e político	52
Quadro 4 - Matriz de análise e julgamento - Dimensão contexto de implantação	54
Quadro 5 – Critérios de classificação do grau de implantação das ações de VE	57
Quadro 6 – Usuários potenciais, interesses, responsabilidades e papel na utilização dos resultados.	57
Quadro 7 – Síntese das técnicas e instrumentos utilizados e fontes de evidência dos dados	64
Quadro 8 - Aspectos socioeconômicos do município de União dos Palmares.	72
Quadro 9 - Proporção de domicílios por forma de abastecimento de água. União dos Palmares. 1980, 1991, 2000, 2009.	72
Quadro 10 - Proporção de domicílios por existência de banheiro ou sanitário, União dos Palmares. 1980, 1991, 2000, 2009.	73
Quadro 11 - Proporção de domicílios por destino da coleta de lixo. União dos Palmares. 1980, 1991, 2000, 2009	74
Quadro 12 - Matriz de Julgamento das ações de VE e controle da esquistossomose – Contexto Externo	74
Quadro 13 - Matriz de Julgamento das ações de VE e controle da esquistossomose – Contexto Organizacional e Político.	78
Quadro 14 - Matriz de Julgamento das ações de VE e controle da esquistossomose – Contexto de Implantação.	89

LISTA DE TABELAS

- **Tabela 1** Exames realizados, positivos e percentual de positividade de 68 portadores de *Schistosoma mansoni*. União dos Palmares, 2001 a 2009.
- **Tabela 2** Número de localidades trabalhadas por percentual de positividade 68 para S. mansoni. União dos Palmares, 2003 a 2009.
- **Tabela 3** Valor do repasse referente ao Teto Financeiro de Vigilância em 75 Saúde para o Município de União dos Palmares, 2005 a 2009.
- **Tabela 4** Número e tipo de estabelecimentos de saúde existentes no Município 76 de União dos Palmares, 2009.
- **Tabela 5** População existente, população examinada e percentual de cobertura 77 da população. União dos Palmares, 2001 a 2009.
- **Tabela 6** Formação, Vínculo empregatício e Tempo de serviço dos 80 profissionais que atuam na VE da esquistossomose no Município de União dos Palmares, 2009.
- **Tabela 7** Número e proporção de localidades trabalhadas. União dos Palmares, 85 2003 a 2009.
- **Tabela 8** Número e proporção de tratamentos programados e realizados em União dos Palmares, 2003 a 2009.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

CDC – Centro de Controle de Doenças

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DIVEP – Diretoria de Vigilância Epidemiológica

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

GATFVA – Gerência de Agravos Transmissíveis e Fatores Ambientais

MLI – Modelo Lógico de Intervenção

MTA – Modelo Teórico de Avaliação

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA VS – Programação de Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PCE – Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose

PECE – Programa Especial de Controle da Esquistossomose

PFVPS - Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde

PVVPS - Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde

SAAE – Serviço Autonômo de Água e Esgoto

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SEINF – Secretaria de Infra-estrutura

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIES – Sistema de Informação de Insumos Estratégicos

SIH –Sistema de Informações Hospitalares

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISPCE – Sistema de Informações do Programa de Vigilância da Esquistossomose

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS –Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

VE – Vigilância Epidemiológica

TFVS – Teto Financeiro de Vigilância em Saúde

1. INTRODUÇÃO

As esquistossomoses, também denominadas bilharzioses, são doenças parasitárias que acometem o homem há milhares de anos, causadas por trematódeos do gênero Schistosoma, cujos agentes etiológicos mais importantes incluem as espécies S. mansoni, S. mekongi e S. Japonicum, S. haematobium e S. intercalatum (Rey, 2001; 2006; Fritsche, 1999).

É uma doença debilitante de grande prevalência nas regiões tropicais e subtropicais do mundo, constituindo um sério problema de ordem socioeconômica e de saúde pública (Parise-Filho, 2001).

A esquistossomose mansoni é uma infecção causada pelo *Schistosoma mansoni*, que tem como hospedeiro definitivo, o homem e como hospedeiros intermediários os moluscos de água doce do gênero *Biomphalaria*

O ciclo de transmissão da doença tem inicio quando as fezes contendo ovos do parasito entram em contato com a água. Os ovos se rompem e liberam o miracídio que penetra o caramujo dando origem às cercarias. A infecção consiste na penetração das cercarias pela pele ou mucosas, quando perdem a cauda, e transformam-se em esquistossômulos, que através da corrente sanguínea e/ou linfálica atingem o ventrículo direito, sendo levados a coração e pulmões e, posteriormente, migram para o figado, onde os vermes se alimentam e tornam-se adultos. O ciclo se completa quando os vermes adultos migram para os vasos mesentéricos do hospedeiro e iniciam a oviposição (Lambertucci, Serufo, 2001; Katz, Almeida, 2003).

A doença se apresenta no homem sob uma forma aguda e duas crônicas polares. Na forma aguda, mais comum em organismos sensíveis, que adquiriram a infecção pela primeira vez em áreas endêmicas, as manifestações clínicas compreendem prostração, febre e eosinofilia. Nas formas crônicas, uma é leve e geralmente assintomática (hepatointestinal), mais comum em indivíduos infectados que residem em áreas endêmicas; a outra forma é rara e se manifesta geralmente com hepatoesplenomegalia, usualmente designada como forma avançada (Zilton, 2008).

A esquistossomose mansoni é endêmica em 54 países atingindo especialmente o continente africano e asiático. Nas Américas é encontrada na Venezuela, ilhas do Caribe, e no Brasil (Engels, Chitsulo et al. 2002).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, das parasitoses que afetam o homem, a esquistossomose é uma das mais disseminadas no mundo, ocupando o segundo lugar depois da malária, pela sua importância e repercussão sócio-econômica. Estima-se que cerca de 200 milhões de pessoas estão infectadas no mundo por diversas formas da doença e, destas, 120 milhões são sintomáticas e 20 milhões apresentam formas graves da doença, o que confere à esquistossomose um grave problema de saúde pública no mundo. (WHO, 2007; Passos & Amaral, 1998).

Acredita-se que a esquistossomose mansoni foi introduzida no Brasil em meados do século XVI, provavelmente por meio do comércio de escravos africanos que vieram trabalhar no cultivo da cana-de-açúcar na Região Nordeste do País (Silveira, 1989). Mas, somente em 1908 o *Schistosoma mansoni* foi identificado pela primeira vez pelo cientista Pirajá da Silva, no Estado da Bahia (Silva, 1947).

Existem divergências sobre as estimativas do número de pessoas parasitadas pelo *Schistosoma mansoni* no Brasil, que variam de 2,5 milhões de pessoas a 6 milhões (Passos & Amaral, 1998; Katz e Peixoto, 2000; Katz, 2003). No entanto, essas dúvidas só serão dirimidas com a realização de um novo inquérito nacional de prevalência.

Ocorre nas localidades sem saneamento ou com saneamento domiciliar e ambiental inadequados. Dentre outros fatores que atuam como condicionantes, destacam-se: o nível sócio-econômico, tipo de ocupação, hábitos de lazer, nível de escolaridade e informação da população exposta ao risco da doença (Passos & Amaral, 1998).

A esquistossomose é considerada uma endemia pela sua presença habitual e comum em vasta área geográfica do país (Gordis, 2000). Essa extensa distribuição geográfica da doença por si só dimensiona a magnitude desse problema de saúde pública. Além disso, a ocorrência de formas graves e óbitos fazem da esquistossomose uma das parasitoses de maior transcendência.

Atualmente a esquistossomose distribui-se mais intensamente no País numa faixa de terras contínuas e contíguas ao longo de quase toda a costa litorânea da região Nordeste, a partir do Rio Grande do Norte em direção do Sul, incluído as zonas quentes e úmidas dos Estados da Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia, onde se interioriza alcançando Minas Gerais, além do Espírito Santo, na região Sudeste, seguindo o trajeto de importantes bacias hidrográficas (MS, 2010).

De forma focal está presente nos Estados do Ceará, Piauí e Maranhão, no Nordeste; no Pará, na região Norte; em Goiás e no Distrito Federal, no Centro-Oeste; em São Paulo e Rio de Janeiro, no Sudeste; e no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, na Região Sul. No total, existem 19 Unidades Federadas com transmissão. O foco mais recente foi detectado, em 1997, no Município de Esteio, no Rio Grande do Sul (Figura 1).

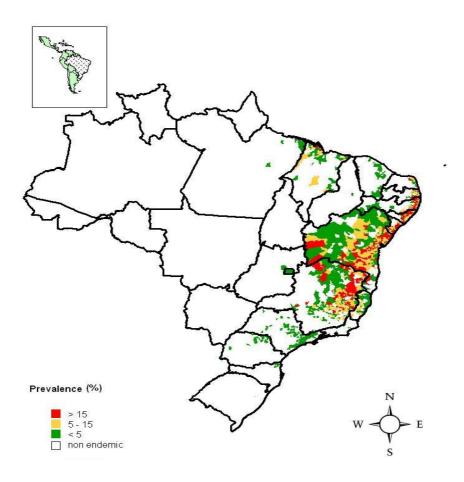


Figura 1. Distribuição da esquistossomose segundo percentual de positividade em inquéritos coproscópicos no Brasil. 2009.

O Ministério da Saúde, por meio do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose – PCE, da Secretaria de Vigilância em Saúde, é responsável pela coordenação nacional das ações desenvolvidas pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, pela elaboração das normas técnicas conforme as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), ajustando-as às características epidemiológicas

brasileiras e pela provisão de insumos estratégicos, como kits diagnósticos e medicamentos.

Os objetivos do programa visam reduzir a ocorrência de formas graves, a prevalência da infecção e o risco de expansão da doença utilizando como principais estratégias de controle a detecção precoce e o tratamento oportuno dos portadores de *Schistosoma mansoni*. Como medidas complementares devem ser realizadas ações de controle dos hospedeiros intermediários, de educação em saúde e indicação de áreas prioritárias para intervenção com obras de engenharia sanitárias (MS, 2008).

As estratégias utilizadas no programa ao longo dos anos resultaram na redução da morbimortalidade da doença, no entanto, ela ainda apresenta alta prevalência, principalmente na Região Nordeste do País (Barreto et al., 1992).

Na Região Nordeste, a esquistossomose continua a ser um problema de saúde pública (Barbosa et. al, 1996). Dados do Ministério da Saúde indicam que o Estado de Alagoas, está entre os estados que apresentam prevalência média mais elevada. O Estado é a segunda menor Unidade Federada brasileira. Dos 102 municípios, cerca de 69% fazem parte da área endêmica.

Considerando a metodologia da avaliação de programas, este estudo objetiva avaliar o grau de implantação das ações de vigilância epidemiológica e controle da esquistossomose utilizando como estratégia um estudo de caso no Município de União dos Palmares, com ênfase no componente Vigilância epidemiológica, com vista a fornecer subsídios para a tomada de decisão.

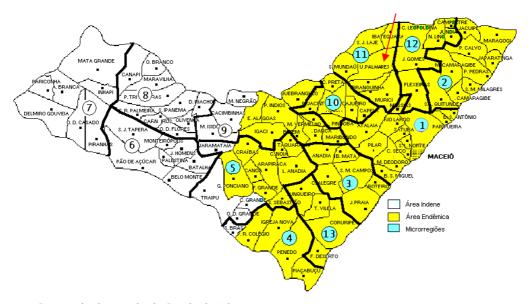
1.2. Situação problema

O Estado de Alagoas convive com várias doenças relacionadas com as baixas condições sócio-econômicas da grande maioria da população, destacando- se entre elas, a esquistossomose mansoni, que é endêmica em 69% dos municípios do Estado. Além das condições geoclimáticas, o Estado reúne fatores sócio-econômicos e culturais que propiciaram a sua origem e dificultam o seu controle.

A doença ocorre principalmente nas localidades rurais e zonas periféricas dos centros urbanos da área endêmica, atingindo uma população na faixa de idade mais produtiva e a manutenção dessa cadeia epidemiológica interfere diretamente na

economia do estado. Por exemplo, a fertilidade do solo favorece a monocultura da canade-açúcar, o que ocasiona a migração sazonal do sertão e agreste para a Zona da Mata na época da colheita, aumenta o risco da disseminação do agravo para as áreas indenes (Couto, 2005; Hassum e Valadares, 2006).

Dos municípios endêmicos, destacam-se os situados ao longo das bacias dos rios Mundaú e Paraíba, entre eles, Santana do Mundaú, São José da Lage, Branquinha, Viçosa, Cajueiro, Capela, Atalaia e União dos Palmares, que apresentam altas e médias prevalências (Figura 2).



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas.

Figura 2. Distribuição espacial da área endêmica para esquistossomose. Alagoas, 2009.

Segundo os dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, o percentual de positividade no estado obtido por meio do trabalho de busca ativa em 2009 foi de 9,0%. O número médio de internações no período de 2003 a 2008 foi de 77. O Estado apresentou a segunda maior taxa de óbitos (1,47) do país por 100.000 habitantes em 2008.

No Município de União dos Palmares a esquistossomose atinge localidades nas áreas urbana e rural. No ano de 1997, o percentual de positividade para *S. mansoni* encontrado foi de 24,1%. No ano de 2000 os trabalhos de busca ativa foram interrompidos devido o efeito da descentralização das ações de vigilância e controle de doenças para o município, sendo retomados em de 2001, mas com uma redução no número de localidades trabalhadas. As atividades de busca ativa atualmente vem sendo

realizadas com regularidade, no entanto, até hoje são encontradas localidades com alta prevalência acima de 20%.

Outro ponto importante é a elevada carga parasitária dos portadores de *S. mansoni*, identificada por meio da contagem dos ovos por grama de fezes, que conforme Lambertucci e Serufo (2001) representam maior probabilidade de ocorrência de formas graves e de contaminação do ambiente.

1.3. Pergunta avaliativa

Qual o grau de implantação das ações de vigilância epidemiológica e controle da esquistossomose realizadas no Município de União dos Palmares/AL?

2. JUSTIFICATIVA

Este estudo justifica-se em termos gerais, pela relevância da esquistossomose como problema de saúde pública no Estado de Alagoas, em virtude da magnitude e vasta extensão geográfica da doença e por existir meio efetivo para o seu controle.

O Município de União dos Palmares possui as condições favoráveis à ocorrência da doença devido ao rico manancial hídrico com a presença de hospedeiros do *Schistosoma mansoni (B. glabrata, B. straminea)*, deficiência de saneamento domiciliar e ambiental e outros aspectos sócio-econômicos e culturais, com a existência de grupos vulneráveis como pescadores, lavadeiras e crianças que utilizam os riachos como fonte de lazer.

Busca-se com esta avaliação contribuir para o fortalecimento e readequação das ações de vigilância epidemiológica desenvolvidas pelo programa no município e fornecer subsídios para a tomada de decisão no nível municipal e estadual. Além disso, deve-se considerar o benefício para a população que vive sob a área de risco, quando se avalia intervenções que buscam reduzir a prevalência da doença.

O estudo propõe-se ainda, a estruturar e propor um modelo mais adequado de avaliação da implantação das ações de vigilância epidemiológica da esquistossomose no âmbito municipal, com o intuito de subsidiar outros estudos semelhantes.

Pressuposto

Considerando os contextos onde nos quais está inserida a Vigilância da esquistossomose, parte-se do pressuposto de que as ações para a vigilância epidemiológica e o controle da esquistossomose, quando realizadas em conformidade com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, contribuem para a diminuição da prevalência da doença e a ocorrência de formas graves e óbitos.

A realização de ações complementares como educação em saúde, controle dos hospedeiros intermediários e saneamento domiciliar e ambiental dão sustentabilidade às medidas adotadas para o controle da doença.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Considerações sobre o espaço e a teoria do foco de transmissão das doenças

A transmissão da esquistossomose está relacionada às maneiras de o homem morar, viver e trabalhar, portanto o processo estrutural da doença passa por um espaço socialmente construído. O ciclo da doença é relativamente simples (homem-água-caramujo-água-homem), mas de enorme complexidade social e relativo à realidade e às necessidades cotidianas das pessoas (Dias, 1998; Barbosa et al, 1996).

Conforme Ribeiro, 1968 citado em Silva, 1996, em diferentes momentos da antigüidade, a esquistossomose estabeleceu-se nas regiões habitadas por civilizações de regadio, que dominaram a tecnologia da irrigação e levaram à edificação de cidades e à expansão de impérios. Estas civilizações, aprenderam a aproveitar a água de grandes rios, geralmente em planícies inundáveis, para a irrigação perene de suas terras o que permitia o uso do mesmo solo para agricultura por vários anos.

A distribuição destas civilizações coincide com a distribuição da esquistossomose. Isto porque a presença de sistemas de irrigação é considerada como fator importante na ocorrência da esquistossomose, uma vez que oferece não só uma infinidade de habitats para os caramujos, mas também como coloca o homem em contato constante com a água.

No Brasil sua dispersão deu-se lenta e progressivamente, a princípio ligada ao tráfico de escravos, principalmente rural, instalando-se por conta do baixo saneamento básico, da ampliação da fronteira agrícola (principalmente da cana, no Nordeste, e do arroz e hortaliças, no Sudeste) e da ocorrência do molusco hospedeiro intermediário (Silva, 1996).

Para compreender um pouco o caráter da doença relacionado ao espaço é cabe retomar o trabalho de pesquisadores que buscassem identificar padrões no espaço que permitissem antever as doenças existentes, neste caso, a importante teoria do foco natural de transmissão das doenças.

A percepção de que a ocorrência de determinadas doenças estava relacionada ao espaço e a consequente associação entre a geografía e a medicina é bastante antiga. Neste sentido, um trabalho pioneiro foi a obra de Hipócrates (480 A.C), "Dos ares, das

Águas e dos Lugares", que descrevia e relacionava a influência das mudanças sazonais, dos climas e dos ventos sobre o corpo humano e suas doenças (Glacken, 1990).

Os estudos iniciais sobre Geografía Médica demonstram a vinculação entre áreas endêmicas de doenças com determinadas características culturais, raciais e climáticas, relacionando ambientes e grupos populacionais sem, no entanto, distinguir as variáveis de saúde, seus determinantes, e aspectos sócio-econômicos (Lacaz et al. 1972).

Durante o século XIX, a relação entre a geografia e a epidemiologia gerou ensaios pioneiros da geografia médica, produzindo descrições minuciosas da distribuição regional de doenças, com amplo emprego de recursos cartográfico (Vieites & Freitas, 2007).

No século seguinte, destacam-se duas grandes teorias que traduzem essa interface entre a geografia e a epidemiologia: a teoria do *Foco natural de doenças*, de Evgeny Pavlovsky, que na década de 1930, vinculou o conceito de espaço geográfico com as doenças transmissíveis, postulando que a doença tende a ter um *habitat natural* (Czeresnia & Ribeiro, 2000). Para Pavlovsky: "*Um foco natural de doença existe quando há um clima, vegetação, solo específicos e micro-clima favorável nos lugares onde vivem vetores, doadores e recipientes de infecção*" (Pavlovsky, s/d in: Czeresnia & Ribeiro, 2000 598).

Esta definição de foco natural refere-se a ambientes que apresentam condições favoráveis à circulação de agentes, independentemente da presença e da ação humanas. É aplicada às doenças transmitidas por vetores, não se referindo ao estudo de doenças que, transmitidas pelo contato direto como difteria, sarampo, escarlatina e doenças respiratórias (Vieites & Freitas, 2007).

Este autor também introduziu o conceito de *foco antropúgico* que defendia a idéia da transformação do espaço de circulação de agentes patológicos pela ação humana. Em seus estudos sobre o nicho ecológico das enfermidades transmissíveis, mencionava a esquistossomose como uma das doenças com focos naturais (Pavlovsky, s/d in: Buck et al. 1988).

No Brasil, o trabalho de Pavlovsky influenciou o grande pesquisador Samuel Pessoa, que inspirado nesse trabalho, estudou as endemias prevalentes no Brasil, e especialmente, as transmitidas por vetores, como a esquistossomose, a doença de Chagas, a filariose, a malária e outras (Vieites & Freitas, 2007).

Luís Jacintho da Silva, baseado numa releitura crítica do esquema conceitual de Pavlovsky, no âmbito da geografía marxista, e inspirado em Milton Santos fez uma análise bastante completa sobre a evolução da doença de Chagas no Estado de São Paulo. Destacou a utilidade deste conceito para expressar a determinação social das formas de ocupação do espaço e da distribuição das doenças neste espaço transformado pela ação humana, para este autor, a inspiração ecológica de Pavlovsky é, portanto, reformulada em termos de relação homem-meio, cuja análise recai no âmbito das ciências econômicas e sociais (Ferreira, 1991).

Outra importante contribuição teórica partiu do geógrafo francês Maximillien Sorre, que apresentou o *conceito de complexo patogênico, uma* contribuição que relaciona diretamente a possibilidade da saúde do homem ser afetada na sua relação com o meio ambiente, especialmente na ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias.

"A interdependência dos organismos postos em jogo na produção de uma mesma doença infecciosa permite inferir uma unidade biológica de ordem superior: o complexo patogênico. Compreende, além do homem e do agente causal da doença, seus vetores e todos os seres que condicionam ou comprometem a sua existência" (Sorre, 1955: in: Andrade, 2000, p. 155).

Outra grande contribuição sobre o papel do espaço para o entendimento dos processos sociais, neste contido o processo saúde-doença, veio do geógrafo brasileiro Milton Santos, que apresenta uma abordagem onde o ser humano não é mais visto como um indivíduo isolado, mas como um ser social por excelência.

Esse autor afirma que o fenômeno humano é dinâmico e uma das formas de revelação desse dinamismo está basicamente, na transformação qualitativa e quantitativa do espaço habitado, destacando a expansão e distribuição demográfica; a migração das populações entre países; e no caso do Brasil, entre regiões urbanas e metropolitanas; e também a criação de um meio geográfico artificial, onde as condições ambientais são ultrajadas, ocasionando agravos à saúde física e mental das populações.

Desta forma, o homem deixa de entreter a natureza amiga e cria uma natureza hostil (Santos, 1988).

"Podemos assim acompanhar a maneira como a raça humana se expande e se distribui, acarretando sucessivas mudanças demográficas e sociais em cada continente (mas também em cada país, em cada região e em cada lugar). O fenômeno humano é dinâmico e uma das formas de revelação desse dinamismo está, exatamente, na transformação qualitativa e quantitativa do espaço habitado". (Santos 1988, p.14)

Ressalta-se que o maior determinante do processo de organização do espaço é a necessidade econômica, que vai reorganizar o espaço segundo as necessidades das atividades, seja para a agricultura, exploração mineral, fabricação de produtos ou a construção de cidades (Silva, 2000).

É de suma importância ressaltar que no Brasil, a grande contribuição para a análise da ocorrência de endemias e a organização do espaço veio de Samuel Pessoa e sua escola. Ele analisou a influência das principais endemias brasileiras, sob a ótica da teoria dos focos naturais de Pavlovsky, incorporando ainda, os determinantes sociais (Silva, 2000).

Mais recentemente, muitos outros trabalhos, entre eles o de Silva e de Sabroza, incorporaram o conceito de organização do espaço na linha de análise muito própria da epidemiologia brasileira (Barreto, 1991; Sabroza, 1992; Silva, 1997).

Então, como afirma Silva (1997), a análise do espaço geográfico não tem interesse apenas na história da doença, ainda que esta seja fundamental para a compreensão do momento presente. A atual distribuição mundial da esquistossomose é um exemplo de que existem transformações ambientais profundas, que se refletem na existência de um contexto epidemiológico persistente.

3.2. Um breve histórico do Controle da Esquistossomose no Brasil

O primeiro levantamento nacional para o conhecimento da distribuição da esquistossomose no Brasil foi realizado no período de 1947 a 1952, pela Divisão de Organização Sanitária, do Ministério de Educação e Saúde. Naquela oportunidade foram examinados escolares na faixa etária de 7 a 14 anos, dando-se preferência às localidades acima de 1.500 habitantes (Pellon & Teixeira, 1950; Freitas, 1972).

A primeira parte do levantamento foi publicada em 1950 compreendendo os Estados do Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Espírito Santo e Minas Gerais. Nesses estados, foram examinados 440.786 estudantes, de 877 localidades e a prevalência encontrada da infecção pelo *Schistossoma mansoni* foi de 10%. A segunda etapa do levantamento foi publicada em 1953, compreendendo os Estados do Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Goiás e Mato Grosso. Foram examinados 174.192 estudantes, de 313 localidades, com uma prevalência de 0,08% (Pellon & Teixeira, 1950).

O resultado desse inquérito favoreceu o conhecimento da vasta extensão territorial da doença, e então, em 1953 foi instituído a Campanha Nacional Contra a Esquistossomose, cuja cobertura era limitada devido ao restrito conhecimento sobre a doença e dos mecanismos de controle. A partir daí, desenvolveram-se diferentes programas estatais de intervenções para o controle da esquistossomose no País (Santana et al. 1996).

Conforme relatam Coura & Amaral (2004), no período de 1976 a1979 as atividades de controle da endemia passaram a ser implementadas com a criação do Programa Especial de Controle da Esquistossomose - PECE, na então criada Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM.

As estratégias de controle compreendiam a realização de inquéritos coproscópicos com o tratamento em massa em populações com mais de 2 anos de idade em locais com prevalência acima de 20%; tratamento da população de 5 a 35 anos nas localidades com prevalência entre 5 e 20%; e tratamento apenas dos casos positivos nas localidades com prevalência inferior a 5%. O programa realizava ainda, o tratamento de criadouros de importância epidemiológica com uso de moluscocidas. As ações de saneamento básico eram realizadas pela Fundação Especial de Serviços de Saúde

Pública – FSESP, com a produção de módulo sanitário composto pela construção de lavanderias e de privadas.

Em 1980 o PECE deixou de ser um programa especial e foi incorporado como um programa de rotina, ainda sob a coordenação da SUCAM. As estratégias de controle eram o tratamento dirigido ou seletivo, dependendo da prevalência do município avaliado nos inquéritos coproscópicos em crianças de 7 a 14 anos. O tratamento em massa foi restringido, e o uso de moluscocidas para o controle de caramujos passou a ser considerada uma medida auxiliar. As ações preventivas de saneamento domiciliar e ambiental e educação em saúde foram implementadas esporadicamente (Barbosa et. al, 2008).

Na década de 1990 o programa foi incorporado à Fundação Nacional de Saúde-Funasa, fruto da fusão da SUCAM e FSESP, ainda seguindo a tradição campanhista. Os objetivos do programa consistiam em reduzir a prevalência nas localidades com prevalência acima de 25%, onde há maior ocorrência de formas graves; reduzir formas graves e de óbitos por esquistossomose por meio do tratamento sistemático, eliminar a transmissão de focos isolados, e evitar a expansão da endemia. As estratégias de combate à doença compreendiam o diagnóstico coproscópico e tratamento dos portadores; controle de moluscos; educação sanitária e saneamento básico (Amaral & Porto, 1994).

A partir de 1993, teve início a descentralização das ações de vigilância e controle da esquistossomose para as gestões municipais, dos Estados e do Distrito Federal. Esse processo intensificou-se a partir de 1999, quando as doenças transmitidas por vetores e as endemias rurais cujas ações de prevenção e controle foram incorporadas ao Centro Nacional de Epidemiologia – Cenepi, da Funasa, após a regulamentação das regras de financiamento das ações de vigilância e controle de doenças (MS, 1999).

Mais recentemente, o Pacto pela Saúde-2006 – Consolidação do SUS e a Portaria nº 3.252, de 22/12/09 que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito federal e Municípios redefiniram as competências de cada esfera de gestão, o repasse fundo a fundo para transferência de recursos e o financiamento federal de custeio organizado no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde. Nesse bloco o componente I - Vigilância e Promoção da Saúde, destinado às ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças, é

constituído em um Piso Fixo e um Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde – PFVPS e PVVPS.

A Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS criada em 2003, assumiu as ações de vigilância realizadas pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Funasa. A partir de então o PCE passou a ser denominado Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose – PCE, cujas estratégias consistem em diagnosticar e tratar precocemente os portadores e como medidas complementares o controle dos planorbídeos, ações de educação em saúde e a indicação de áreas prioritárias para implementação de ações de engenharia sanitária e ambiental.

Em 2005 houve a criação do Comitê Técnico Assessor do PCE, pela Portaria Nº 18, de 10/05/05, instituído com a finalidade de atualizar as diretrizes técnicas do programa. Um dos elementos inovadores nessas diretrizes foi a integração das ações de vigilância da esquistossomose com a rede de Atenção Básica com o intuito de potencializar os processos de trabalho e evitar a duplicidade das ações que, embora distintas, se complementam (MS, 2008).

Segundo informações da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, o Programa de Controle da Esquistossomose teve suas ações implementadas no estado em 1977. As atividades realizadas abrangiam o reconhecimento geográfico, inquéritos coproscópicos pelo método Kato-Katz, tratamento dos portadores, controle dos hospedeiros intermediários e atividades educativas. Nessa ocasião, 87,8% das localidades endêmicas pesquisadas apresentavam uma positividade elevada acima de 25%.

3.3. Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde Pública: aspectos conceituais

A vigilância enquanto "instrumento de saúde pública" surgiu no final do século XIX, com o desenvolvimento da microbiologia. A sua prática, em todo o mundo, pautava-se nas chamadas doenças pestilenciais, como a varíola e a febre amarela, e à execução de medidas "policialescas" (Waldman,1991).

Uma designação ao termo vigilância, adotada na Inglaterra no século XIX, por Farr, e citada por Waldman (1998) foi a de "inteligência epidemiológica", compreendida como sendo a "... faculdade ou habilidade de aprender, apreender ou compreender", e num sentido mais restrito, de "...obter e dispor de informações particularmente secretas." O termo "inteligência", pelo seu significado de caráter predominantemente militar foi substituído por "vigilância", em 1955, e aplicado pela primeira vez em saúde pública.

Na primeira metade da década de 60, consolidou-se, internacionalmente, uma maior abrangência do conceito de "vigilância", que segundo Waldman (1993), passou a ter um sentido mais amplo e foi desenvolvido, inicialmente, por Langmuir e por Raska. Assim em 1963, Alexander Lagmuir, Citado por Waldman (1993;46) definiu a vigilância como sendo: "A observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-las."

A partir de 1964, Raska (1966), se preocupou em diferenciar a "vigilância" da pesquisa epidemiológica, agregando ao termo "vigilância" o qualificativo "epidemiológica", propondo a ampliação das suas ações para outras doenças, além das doenças transmissíveis, sendo consagrada internacionalmente, no ano seguinte, com a criação da Unidade de Vigilância epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde - OMS. Daí, a Vigilância Epidemiológica - VE passou a ser interpretada como o acompanhamento sistemático de doenças na comunidade, com o propósito de recomendar as medidas de controle.

Em 1968, por ocasião da XXI Assembléia Mundial de Saúde, ocorreram discussões técnicas sobre a vigilância epidemiológica e foi aceita a incorporação, como objeto do seu interesse, de outras doenças e agravos, além das doenças transmissíveis. A

partir de então, a vigilância foi adquirindo um sentido amplo e mais estratégico (Waldman, 1991).

A percepção crescente da importância da prática da VE levou a OMS e a Organização Panamericana da Saúde – OPAS, na década de 1970, a incentivarem a criação de sistemas de vigilância epidemiológica nos países em desenvolvimento, ampliando as ações para um conjunto maior de doenças transmissíveis. Esses sistemas visavam, principalmente, a redução da morbimortalidade entre crianças e jovens. Nesse enfoque, a vigilância epidemiológica surge conjugada às diversas ações de controle de doenças e de agravos (Barradas, 1993).

Em 1974, uma definição mais abrangente da "vigilância epidemiológica" foi apresentada como sendo: "... o conjunto de atividades que permite reunir informações indispensáveis para conhecer em todo momento o comportamento ou história natural das doenças, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer por alterações dos fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas à prevenção e controle da doença"; contemplando o propósito, as funções, as atividades e as modalidades operacionais (Fossaert et al., 1974).

Por recomendação da V Conferência Nacional de Saúde, a "vigilância epidemiológica" passou a ser, institucionalmente, definida legalmente no país, por meio da Lei Federal 6.259 de 1975. Com ênfase na atuação sobre as doenças transmissíveis, com a inclusão de algumas doenças imunopreveníveis na relação das doenças de notificação compulsória, passou a ser assim definida: "A vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde" (Brasil, 1975). Essa lei foi regulamentada pelo Decreto 78.321 de 1976, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - SNVE e o conceitua como o conjunto de informações e investigações necessárias à programação e a avaliação das ações de controle de doenças e de agravos à saúde. Esse decreto, em seu Artigo 5° estabelece que um dos objetivos da VE é a proposição e execução das medidas de controle.

A década de 80 foi marcada por uma conjuntura política de transição democrática, caracterizada por inúmeras discussões acerca da estrutura do sistema de saúde, com ênfase nas formas de organização das ações e serviços, bem como, na melhoria das condições de vida e de saúde da população (Albuquerque et. al., 2002).

Após vários debates para regulamentar a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, a ampliação do conceito de Vigilância Epidemiológica - VE foi estabelecida na lei 8080/90 do Sistema Único de Saúde - SUS como: "... um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e dos agravos à saúde das populações" (Brasil, 1990).

Com a ampliação desse conceito, a VE passou a incorporar ações de observação, estudos epidemiológicos, avaliação e planejamento, relacionados à prevenção e controle das doenças transmissíveis e não-transmissíveis; além das atividades relacionadas às ações de controle, coleta de informações atualizadas, processamento, análise, interpretação, recomendações e disseminação das informações (Silva-Júnior, 2004).

Autores como Thacker e Berkelman (1988), questionam se o uso do termo "epidemiológica" para qualificar a vigilância é apropriado, por ser a epidemiologia uma disciplina abrangente, que incorpora a pesquisa e cuja aplicação nos serviços de saúde é mais ampla. Diante dessa discussão, esses autores propuseram a substituição para a denominação "vigilância em saúde pública" em lugar de "vigilância epidemiológica", utilizada internacionalmente em 1989, enfatizando que a alteração na denominação não implicava na adoção de novas abordagens conceituais ou operacionais da VE.

Waldman (1998) expõe uma série de questões discutidas em relação à incorporação da vigilância epidemiológica ao sistema de saúde do país, que se caracteriza, mais como um sistema de informação que apóia os programas e/ou medidas de controle de doenças transmissíveis, do que enquanto recursos de apoio técnicogerencial aos serviços de saúde. Esse fato é apontado, pelo autor, como críticas que de alguma forma, constituíram as origens de propostas que receberam a denominação de "vigilância à saúde". Essa terminologia vem atraindo polêmicas na construção da sua funcionalidade institucional, no que se refere à definição concreta do seu objeto.

A Portaria n° 1.172, de 15 de junho de 2004, atualizada pela Portaria N° 3.252, de 22/12/2009 uniformizou a denominação nacional para esse campo de práticas de vigilância em saúde pública, deixando de utilizar o anterior "epidemiologia e controle de doenças" e passando a chamá-lo de "vigilância em saúde", em todos os instrumentos, como a PPI, Teto Financeiro e nas atribuições das três esferas de gestão do SUS. Com

essa mudança, fica estabelecida uma maior coerência com a própria estrutura atual do Ministério da Saúde e com processos similares que estão ocorrendo também nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (MS, 2009).

3.4. Vigilância Epidemiológica da Esquistossomose

As condições que favorecem a ocorrência de casos e a instalação de focos de transmissão da doença compreendem: a grande extensão geográfica de distribuição dos caramujos hospedeiros intermediários; os movimentos migratórios de caráter transitório ou permanente de pessoas oriundas de áreas endêmicas; insipiente investimento em saneamento domiciliar e ambiental; deficiência de ações em educação em saúde das populações sob risco (Passos & Amaral, 1998).

Lima (1993) acrescenta que a esquistossomose é uma doença cuja transmissão é complexa, em virtude da quantidade de fatores envolvidos, até que ela se manifeste. Devido a essa complexidade do mecanismo de transmissão e diversidade dos fatores condicionantes, o controle da doença depende de várias ações preventivas como: diagnóstico precoce e tratamento dos portadores de *S. mansoni*; vigilância e controle dos hospedeiros intermediários; ações educativas em saúde e em saneamento para modificação dos fatores domiciliares e ambientais favoráveis à transmissão.

As ações de vigilância e controle da esquistossomose objetivam reduzir a ocorrência de formas graves e óbitos; diminuir a prevalência da infecção e estabelecer medidas que possam reduzir o risco de expansão da doença (Brasil, 2009).

Esses objetivos são coerentes com a afirmação de Tauil (1998), de que para agravos como a esquistossomose, os programas de controle só podem almejar, até o momento, a redução da gravidade por meio de diagnóstico precoce e tratamento. Segundo este autor, a esquistossomose tem resistido à diminuição da incidência, mas tem reduzido suas formas graves.

A atuação da Vigilância Epidemiológica da esquistossomose depende também da classificação das áreas de risco de transmissão: área indene, área de foco e área endêmica, pois para cada uma delas existem diferentes níveis de controle (MS, 2010).

A esquistossomose nas áreas não-endêmicas é doença de notificação compulsória conforme a Portaria nº. 5, de 21 de fevereiro de 2006, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (MS, 2006). Nessas áreas o sistema de vigilância é passivo caracterizado por ter como fonte de informação a notificação espontânea oriunda da Rede de Atenção à Saúde (Waldman, 1998).

O guia de Vigilância Epidemiológica recomenda a notificação e investigação dos casos confirmados por meio da ficha de investigação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SinanNet. Para este fim é considerado caso confirmado de esquistossomose "todo indivíduo que apresente ovos viáveis de *S. mansoni* nas fezes ou em tecido submetido à biópsia" (MS, 2009). Os casos detectados na rede de atenção primária recebem tratamento ambulatorial e acompanhamento de cura, com a realização de 3 exames de fezes em dias sucessivos, no quarto mês após o tratamento (MS, 2008).

Nas áreas endêmicas e com focos de esquistossomose isolados, o tipo de vigilância é ativa, caracterizada pelo estabelecimento de um contato direto, a intervalos regulares, entre a equipe da vigilância e as fontes de informação (Waldman, 1998).

Nestas áreas, independente da extensão da área de transmissão e da prevalência da infecção, atua o Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose – PCE, que realiza ações de controle por meio da busca ativa de portadores de *S. mansoni* para diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Deve-se ainda, analisar os resultados dos exames coproscópicos para identificação dos casos com cargas parasitárias elevadas, que evidenciam a ocorrência de formas graves da doença. A redução da prevalência da infecção deve ser buscada mediante o tratamento de todos os casos detectados e a utilização de medidas complementares para reduzir o risco de expansão da endemia, como a inspeção das coleções hídricas de importância epidemiológica, ações de educação em saúde e de saneamento domiciliar e ambiental (MS, 2008; 2010).

Como fonte de dados, é utilizado o Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose – SISPCE, para o registro dos dados operacionais e epidemiológicos oriundos dos inquéritos coproscópicos. No entanto, os casos de formas graves devem ser notificados no Sinan e investigados.

3.5. Avaliação: conceitos e abordagens

A avaliação pode ser entendida como "a coleta sistemática de dados sobre atividades, características e efeitos de programas para o uso de pessoas específicas de forma a reduzir incertezas, melhorar a efetividade e tomar decisões a respeito ao que aquele está fazendo e resultando" (Patton, 1990).

Contandriopoulos et al. (1997), complementa esse conceito afirmando que "Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com objetivo de ajudar na tomada de decisão. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)".

Como a avaliação implica em melhorar a efetividade ou qualidade, cabe destacar aqui a metodologia baseada no modelo de avaliação qualitativa criada por Donabedian, na década de 1960, e que até hoje continua sendo uma referência mundial quando se avalia a qualidade nos serviços de saúde.

Esse autor classifica a avaliação sob três aspectos: estrutura, processo e resultado. A *estrutura* refere-se às características relativamente estáveis, como condições físicas, organizacionais, equipamentos e recursos humanos. No *processo* analisa-se o conjunto de atividades desenvolvidas nas relações de produção em geral e, no caso dos serviços de saúde, entre profissionais e pacientes. A avaliação de *resultado* representa a obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, sem erros, imperfeições ou nocividade; melhoria do meio ambiente e trabalho, ou mudanças obtidas no estado dos pacientes ou quadro sanitário, que podem ser atribuídas ao cuidado médico consumido ou tecnologias de saúde introduzidas (Donabedian, 1978).

Tendo como referência os modelos de avaliação até então abordados, outros conceitos e definições são necessários para o desenvolvimento do tema proposto no estudo.

A avaliação da estrutura é um componente da avaliação normativa, conforme define Contandriopoulos et al. (2002) - "trata-se de saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Comparamos

então os recursos da intervenção, assim como sua organização, com critérios e normas correspondentes".

Outro componente da avaliação normativa é a avaliação de Processo, que de acordo com o mesmo autor, consiste em "saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando-se os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados" (Contandriopoulos et. al. 2002).

Então, para julgar uma intervenção é necessário entender que ela é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. Para compreender uma intervenção é necessário levar em conta os diferentes atores que ela envolve. Eles dão sua forma particular em um dado momento e em um dado contexto e podem ter objetivos diferentes em relação à intervenção e sua avaliação.

Nesse estudo avaliativo será utilizado o enfoque da pesquisa avaliativa que direciona o processo de avaliação de serviços de saúde: a análise dos determinantes contextuais do grau de implantação de programas com um dos três componentes, que "apóia a análise de implantação de programas" (Denis & Champagne, 2002; Felisberto, 2001).

A análise de implantação fundamenta-se na análise da influência sobre três componentes: 1) dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções; 2) das variações da implantação na sua eficácia; 3) da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados. O primeiro componente explica as variações na implantação da intervenção considerando as características contextuais do meio da implantação. Os dois últimos componentes explicam os efeitos observados após a introdução de uma intervenção considerando o grau de implantação e os fatores contextuais, respectivamente (Denis & Champagne, 2002).

Para esse mesmo autor, a implantação consiste no uso adequado e suficientemente intensivo da intervenção. Esse conceito refere-se à extensão da operacionalização adequada de uma intervenção. Então, para medir o grau de implantação de uma intervenção é necessário: especificar inicialmente os componentes

da intervenção; identificar as práticas requeridas para a implantação da intervenção; descrever as práticas correntes em nível das áreas envolvidas teoricamente pela intervenção; e analisar a variação na implantação em virtude da variação das características contextuais.

Essa análise possibilita definir os fatores explicativos das diferenças observadas entre a intervenção planejada e a observada ou implantada. Ela é apropriada quando a intervenção é complexa e composta de elementos seqüenciais. Uma análise de implantação deve ser realizada quando a intervenção for complexa e pouco específica; numa intervenção onde o contexto pode interagir de diferentes formas; variabilidade de resultados de intervenções semelhantes em contextos diferentes (Denis & Champagne, 2002).

Outra importante e fundamental ferramenta a ser utilizada na avaliação é a vigilância, que segundo Waldman (1999), "deve ser um pré-requisito para a elaboração de programas de saúde e um instrumento para a avaliação de sua implementação."

Dentre os objetivos da Vigilância está o de avaliar o impacto de medidas de intervenção e a adequação de táticas e estratégias de aplicação de medidas de intervenção, não só nos seus fundamentos técnicos, mas também naqueles referentes à própria operacionalização dessas intervenções (Waldman, 1998). No entanto, o foco deste trabalho é avaliar o processo, ou seja, como as atividades de vigilância epidemiológica e de controle da esquistossomose estão sendo realizadas.

Para esse mesmo autor a avaliação de um programa no nível local de saúde pode ser feita comparando as atividades previstas com as que foram implementadas com êxito. Outra maneira de realizá-la é verificando o impacto da intervenção nos respectivos indicadores de saúde. O processo de avaliação de serviços se constitui resumidamente em: selecionar indicadores mais apropriados, de acordo com os objetivos do programa; quantificar metas a serem atingidas; coletar as informações epidemiológicas necessárias; comparar os resultados obtidos em relação às metas estabelecidas e revisar as estratégias.

4. OBJETIVOS DO ESTUDO

4.1. Objetivo geral

Avaliar o grau de implantação das ações de Vigilância Epidemiológica e Controle da esquistossomose no município de União dos Palmares, no Estado de Alagoas.

4.2. Objetivos específicos

- a) Descrever as ações de vigilância e controle realizadas pelo Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose no Município de União dos Palmares/AL;
- b) Identificar e caracterizar os contextos externo, organizacional e político;
- c) Analisar a influência desses contextos na implantação das ações;
- d) Aferir o grau de implantação das ações de VE realizadas pelo PCE no município, considerando a influência dos contextos.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo avaliativo de caráter normativo e formativo que tem como foco os componentes de estrutura e processo. Nessa avaliação buscou-se identificar os determinantes contextuais e a influência da variação na implantação implicados na produção dos efeitos de uma intervenção: influência do grau de implantação e do contexto nos resultados da intervenção. (Denis & Champagne, 1997; Hartz et.al, 1997).

Para a avaliação de implantação a estratégia metodológica mais apropriada tem sido o de estudo de caso, por possibilitar a análise em profundidade de um fenômeno em um só meio (Hartz, 1997).

Para Yin (2001), o caso pode ser algum evento, programa ou processo de implantação de alguma coisa em alguma empresa ou entidade. Este método é utilizado quando certos tópicos da investigação são complexos, tornando-se difícil a distinção entre o fenômeno de interesse e as condições contextuais, havendo a necessidade de informações de ambas as situações. O estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que difícilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto (Yin, 1993). Esta estratégia é utilizada quando se tem dificuldade para diferenciar se os efeitos atribuídos são decorrentes das características do meio de implantação ou da intervenção em si.

Os estudos de casos podem ainda, basear-se na interação de evidências quantitativas e qualitativas. Este tipo de estudo tem pelo menos cinco diferentes aplicações na pesquisa avaliativa: a) Explicação: a ligação causal na intervenção da vida real, que são também complexas para o inquérito ou estratégias experimentais. Na linguagem da avaliação, seria a ligação entre a implementação do programa com os seus efeitos. b) Descrição: uma intervenção e o contexto de vida real na qual ocorreu. c) Elucidação: certos assuntos dentro de uma avaliação numa perspectiva jornalística, num modelo descritivo. d) Exploração: situações na qual a intervenção não pode ser avaliada de modo claro, simples, mas a partir de um conjunto de resultados e) Meta-avaliação: o estudo de um estudo de avaliação (Yin, 1994).

O estudo de caso pode ser único ou de múltiplos casos que são variantes do desenho do estudo. Neste estudo do tipo caso único, foi considerado caso, o município que atendesse as seguintes características:

- a) pertencer à área endêmica de esquistossomose;
- b) possuir o PCE implantado, conforme os critérios das diretrizes técnicas vigentes;
- c) possuir o Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da esquistossomose implantado e com versão atualizada;
- d) haver interesse das instâncias estadual e municipal na realização da avaliação das ações de vigilância epidemiológica e controle da esquistossomose.

O Município de União dos Palmares localizado no Estado de Alagoas atendeu os critérios acima considerados e o objeto de análise definido foram as ações de Vigilância Epidemiológica e Controle da esquistossomose realizadas pelo Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose – PCE, no município. Para avaliar o componente de gestão da VE, foi considerado também, o nível estadual.

Neste estudo foi utilizada a combinação de métodos e fontes de coleta apresentados como estratégia para responder à pergunta avaliativa. Envolveu também, a análise dos componentes de estrutura e processo da avaliação normativa (Contandriopoulos et. al, 1997).

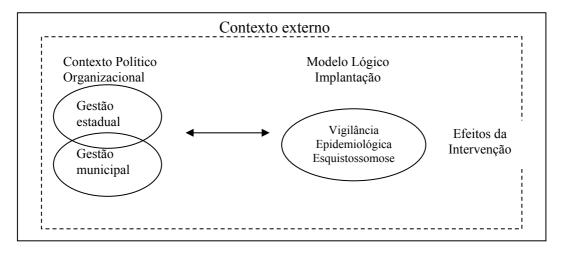
O desenho do estudo considerou métodos epidemiológicos (quantitativos) e sociais (qualitativos) na avaliação das ações. A primeira, mediante coleta e análise de dados secundários oriundos de sistemas de informação e análise documental; e a abordagem qualitativa para levantamento de dados primários referentes ao contexto externo, organizacional e político, e do contexto de implantação, considerando os componentes de estrutura e processo do programa, com uso da técnica de entrevista com profissionais da VE.

Segundo Silva e Menezes (2005), os dados das entrevistas demonstram que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isso quer dizer que a subjetividade do sujeito e o mundo objetivo possuem vínculos indissociáveis que não podem ser traduzidos em números.

O desenho do estudo contempla ainda, o envolvimento dos usuários potenciais da avaliação e a compreensão dos usos dos resultados.

5.1.1. Modelo Teórico da Avaliação

As dimensões utilizadas no Modelo Teórico da Avaliação – MTA para este estudo consideram três grandes dimensões: o Contexto Externo, Organizacional e Político e do contexto da Implantação, uma vez que a relação desses contextos influencia nos efeitos da intervenção a ser avaliada: as ações de VE e controle da esquistossomose (Figura 3). No entanto, para efeito deste estudo, não foi avaliado o contexto de efeitos finalísticos, ou desempenho do programa no município, por exigir maior complexidade e requerer a inclusão de outras variáveis.



Fonte: adaptado de Hartz (1999).

Figura 3 – Modelo Teórico de Avaliação das ações de VE da esquistossomose.

As dimensões utilizadas para construção do MTA compreendem categorias em que são agregados os indicadores e critérios selecionados para avaliar as ações de VE da esquistossomose realizadas pelo PCE no município do estudo (Quadro 1).

Quadro 1 - Dimensões utilizadas para a construção do Modelo Teórico da Avaliação.

Contexto Externo	Contexto organizacional e político	Contexto de implementação
Condições sócioeconômicas e	Compromisso político	Estrutura da VE
ambientais	Autonomia financeira	Gestão da VE
Caracterização do Perfil epidemiológico	Gestão estadual e municipal	Realização das ações de VE e controle da esquistossomose
	Capacidade de	1
	contratação de RH	
	Ações intersetoriais	

Fonte: adaptado de Natal. et al., 2004.

O Contexto externo inclui os determinantes dos agravos, situação de vulnerabilidade social e o perfil epidemiológico contextualizado, entre outros que não serão abordados neste estudo (Santos et. al, 2005).

Para avaliar esse contexto foram selecionados alguns indicadores socioeconômicos como: escolaridade, renda per capita e vínculo empregatício, utilizados nos estudos sobre desigualdades sociais para medir a relação entre qualidade de vida, ambiente e saúde que podem legitimar uma determinada realidade que se pretende retratar (Barcelos et. al, 2002).

No caso de doenças como a esquistossomose, os indicadores de condições de vida, associados aos de saneamento domiciliar e ambiental estão freqüentemente associados aos indicadores epidemiológicos da doença. Para este estudo foram selecionados indicadores de abastecimento de água, cobertura de esgoto, de lixo e investimentos em obras de engenharia sanitária no município.

Para caracterizar o perfil epidemiológico da esquistossomose no município foram considerados os seguintes indicadores, já definidos pelo programa (MS, 2010).

a) percentual de positividade por *S. mansoni*: é a proporção de pessoas com esquistossomose no período de um ano, em relação ao total de pessoas examinadas, no mesmo período, fornecidos pelo Sistema de Informações do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose – SISPCE.

- b) taxa de internação por esquistossomose: é o número de internações hospitalares por esquistossomose (por residência) pagas pelo Sistema Único de Saúde SUS, dividido pelo número de pessoas da população residente no município no ano considerado. A fonte dos dados foi o Sistema de Internações Hospitalares do SUS SIH/SUS.
- c) taxa de óbitos por esquistossomose: é o número de óbitos por esquistossomose ocorridos por local de residência no município dividido pelo número de pessoas da população residente no município no ano considerado. Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Mortalidade SIM.

O contexto organizacional e político contempla uma diversidade de fatores que compreendem as categorias: compromisso político, com os indicadores de cobertura de serviços de saúde e o critério da inclusão da esquistossomose na agenda do Conselho Municipal de Saúde que demonstram o compromisso político dos gestores com o agravo. A autonomia financeira (avaliada com base na proporção de recursos investidos no controle da esquistossomose), a gerência municipal da VE, da capacidade de contratação e qualificação de recursos humanos e de ações intersetoriais que consideram os níveis de autonomia técnico-gerencial e financeira da gestão municipal/estadual que influenciam nas ações de Vigilância e controle da esquistossomose.

Foram entrevistados profissionais que atuam na VE da esquistossomose no nível estadual, devido a gestão compartilhada dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme estabelece a Portaria 3252 de 22/12/2009 e a interface das atividades gerenciais.

Os indicadores e critérios utilizados para avaliar a dimensão do contexto de implantação das ações de VE foram selecionados levando-se em conta as atividades realizadas na rotina da VE para o controle da esquistossomose. Essas atividades foram subdivididas em dois componentes para facilitar a definição dos indicadores (estrutura e processo): Gestão da VE com as categorias de Estrutura da Vigilância em Saúde, Planejamento e programação, Supervisão e monitoramento, Recursos humanos para atuação na esquistossomose, Normatização, Assistência farmacêutica e Capacitação; o outro componente a Execução das Ações de VE inclui as atividades realizadas pela VE da esquistossomose: notificação e investigação, o apoio diagnóstico, a busca ativa, tratamentos, atividades de educação em saúde e informação, que são as principais estratégias atualmente realizadas pelo programa no município.

Destaca-se que o modelo de avaliação proposto não é orientado apenas por expressar a racionalidade, a lógica das ações de controle. O modelo foi estruturado de forma a contemplar as dimensões, componentes, objetivos, metas, indicadores ou critérios e padrões de referência.

5.1.2. Modelo lógico de Intervenção

As estratégias utilizadas pelo programa para a vigilância e o controle da doença compreendem os seguintes componentes técnicos para o controle da morbidade: a vigilância epidemiológica e controle da doença, foco de avaliação deste estudo; e para o controle da transmissão: a vigilância e controle do hospedeiro intermediário; a educação em saúde e mobilização comunitária; e saneamento domiciliar e ambiental.

Esses componentes técnicos são descritos mais detalhadamente nos subitens abaixo:

a) A Vigilância e Controle da esquistossomose: nas áreas endêmicas, cuja vigilância é ativa, envolve inicialmente, o Reconhecimento Geográfico – RG. Este serve para instrumentalizar o planejamento das ações e a identificação das localidades com transmissão (MS, 2010).

A identificação precoce dos portadores de S.mansoni é realizada por meio da busca ativa com a realização de inquéritos coproscópicos nas localidades com transmissão, com periodicidade média de dois anos. Essa periodicidade pode ser anual, em localidades com alta prevalência, ou superior a dois anos, nas localidades com prevalências abaixo de 5%. É preconizado pelas normas técnicas do Ministério da Saúde que 100% das localidades programadas sejam trabalhadas (MS, 2010).

Para efeito de classificação das áreas de risco e dos intervalos de positividade serão adotadas as seguintes faixas:

- Percentual de positividade inferior a 5% baixo risco
- Percentual de positividade de 5 a 15%
 Percentual de positividade de 15 a 25%

 médio risco
- Percentual de positividade maior que 25% alto risco

Para o diagnóstico dos portadores de S.mansoni, nos inquéritos coproscópicos, recomenda-se o uso do método Kato-Katz (Latz et. al, 1972), uma técnica qualitativa e quantitativa, que permite a identificação da carga parasitária por meio da contagem de ovos nas fezes. Os exames devem ser realizados em laboratório com infra-estrutura e equipamentos adequados segundo as normas de biossegurança.

O diagnóstico dos portadores de S. mansoni detectados na demanda espontânea de atendimento, na rede de Atenção Primária, se dá pelo método qualitativo de Hoffman.

O tratamento dos portadores de *S.mansoni* é feito logo após o diagnóstico laboratorial positivo com o objetivo de curar a parasitose, buscando-se alcançar uma cobertura de tratamento superior a 80% e observando-se rigorosamente a posologia e as contra-indicações definidas para os medicamentos: oxamniquina, que atualmente não está sendo utilizado e praziquantel na apresentação de comprimidos de 600mg, adquirido e distribuído às secretarias estaduais pela Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do Sistema de Insumos Estratégicos – SIES (MS, 2008).

A estratégia para o tratamento medicamentoso preconizada pelo Ministério da Saúde considera os níveis de prevalência da doença. Nas localidades com prevalência inferior a 25% é indicado o tratamento apenas dos casos positivos; em localidades com prevalência entre 25% e 50% recomenda-se o tratamento dos casos positivos e conviventes e somente nos locais com prevalência superior a 50% é indicado o tratamento de toda a população (MS, 2010).

O tratamento deve ser realizado por profissional médico e onde não houver cobertura das Equipes de saúde da Família, pode ser ministrado por outro profissional, desde que respaldado pelo serviço de vigilância epidemiológica (MS, 2010).

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com o desenvolvimento de processos de trabalho condizentes com a realidade local. Para tanto, recomenda-se a inserção gradativa dos Agentes de Combate às Endemias nas equipes de Saúde da Família conforme recomenda a Portaria nº 1007, de 4 de Maio de 2010.

No tratamento da forma aguda sintomática também se utilizam corticóides que aumentam a eficácia terapêutica dos esquistossomicidas. Algumas formas avançadas

requerem ainda, o tratamento cirúrgico das varizes do esôfago, esplenectomia e até transplante hepático (Lambertucci et al).

A VE utiliza <u>sistemas de informação</u> de acordo com a situação epidemiológica local. Nas áreas endêmicas o sistema oficial empregado é o Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose - SISPCE para os registros de dados operacionais dos inquéritos coproscópicos e epidemiológicos, por meio do formulário PCE 101 – Diário de Coproscopia e Tratamento e para as formas graves a notificação e investigação dos casos no Sinan.

Os estados e municípios que compõem a área não endêmica fazem a notificação e a investigação compulsória por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan - Ficha de Investigação Esquistossomose, conforme a Portaria nº. 5, de 21 de fevereiro de 2006, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

A Vigilância da esquistossomose também contempla em suas atividades a capacitação de profissionais em: clínica, diagnóstico e epidemiologia da esquistossomose; diagnóstico coproscópico e malacologia médica.

A assistência aos pacientes acometidos pela esquistossomose é realizada pela Rede de Atenção à Saúde, especialmente a Atenção Primária, com o tratamento ambulatorial com acompanhamento de cura (três exames de fezes em dias sucessivos, no quarto mês após o tratamento). A qualidade da assistência busca verificar se as pessoas com confirmação laboratorial foram investigadas, tratadas e acompanhadas; e se as medidas complementares de educação em saúde e de proteção ambiental foram implementadas. A internação hospitalar é indicada nas formas clínicas graves que requerem intervenções de alta complexidade, com internações prolongadas e, em alguns casos de maior gravidade, em Unidades de Terapia Intensiva (MS, 2008).

As medidas preconizadas pelo programa para o controle da transmissão da doença compreendem as seguintes intervenções:

b) <u>Vigilância e controle dos hospedeiros intermediários</u>: consiste na inspeção de coleções hídricas para determinar a localização dos moluscos hospedeiros da esquistossomose (*Biomphalaria glabrata*, *B. straminea* e *B. tenagophila*) infectados. A aplicação de substância moluscocida para reduzir a população de caramujos, só é

recomendada sob a devida orientação técnica, contida no manual de Vigilância e Controle de Moluscos de Importância Epidemiológica (Brasil, 2008).

- c) A Educação em saúde tem por base os contatos dos profissionais com a comunidade e a elaboração de programas coordenados com outras entidades: escola, igreja, e as organizações sociais. Ela não se restringe a transmitir conhecimentos, mas compreender as concepções de vida da população, a forma como ela aceita e interpreta o mundo e propor estratégias de prevenção e controle da doença. As ações educativas devem estimular as práticas que visam aumentar o conhecimento da população sobre os riscos da esquistossomose, ampliando a sua capacidade de mobilização para reinvindicar medidas que visem a resolução deste problema junto ao poder público.
- d) O <u>Saneamento domiciliar e ambiental</u> é outro importante componente, onde o PCE atua fornecendo subsídios para a escolha dos municípios e localidades prioritárias onde serão aplicadas medidas de saneamento ambiental, bem como a aplicação de recursos financeiros para priorização das intervenções em saneamento que deve obedecer aos critérios e procedimentos estabelecidos pela Portaria nº. 723, de 24 de julho de 2007, da Fundação Nacional de Saúde. O saneamento cria condições que reduzem a proliferação e a infecção dos hospedeiros intermediários e do homem por meio de obras de engenharia sanitária ambiental (MS 2010).

Segundo as diretrizes técnicas do PCE os recursos e insumos necessários para a operacionalização das ações do programa compreendem as instalações físicas, organizacional e laboratorial; Recursos humanos capacitados; Recursos materiais: equipamentos gerais como veículos, microscópios, aparelhos GPS, computadores; insumos: kits Kato-Katz, medicamento (Praziquantel); Recursos orçamentários e financeiros; e planejamento e gestão.

Para uma melhor compreensão da intervenção a ser avaliada foi elaborado um Modelo Lógico de Intervenção - MLI das ações de vigilância epidemiológica e controle da esquistossomose. Como foi apresentado anteriormente, o Programa de Vigilância e o Controle da Esquistossomose contempla vários componentes, devido à diversidade de fatores envolvidos no controle da doença.

Adota-se como base a afirmação de Medina et al (2005), "apresentar e discutir o modelo lógico de um programa é o que permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parceria de contribuição do programa nos resultados observados".

Destaca-se aqui, que o modelo lógico construído considera apenas o componente da Vigilância Epidemiológica que inclui as atividades para o controle da doença.

O modelo utilizado neste estudo foi construído com a participação de gestores e técnicos do nível nacional, estadual e municipal. Foram consideradas ainda, a análise de documentos do PCE e os resultados obtidos nas entrevistas.

O modelo lógico apresentado na Figura 4 foi adaptado do Center for Disease Control – CDC (1999), que o define como uma maneira visual e sistemática de apresentar as relações entre intervenção e efeito. Ele deve incluir as relações entre os recursos necessários para operacionalizar o programa, as atividades planejadas e as mudanças ou resultados que o programa pretende alcançar (Brasil, 2005b, p.43) e contempla os insumos necessários para o funcionamento do programa ou intervenção, as atividades realizadas, os produtos dessas atividades e seus resultados, bem como o impacto que ele produz.

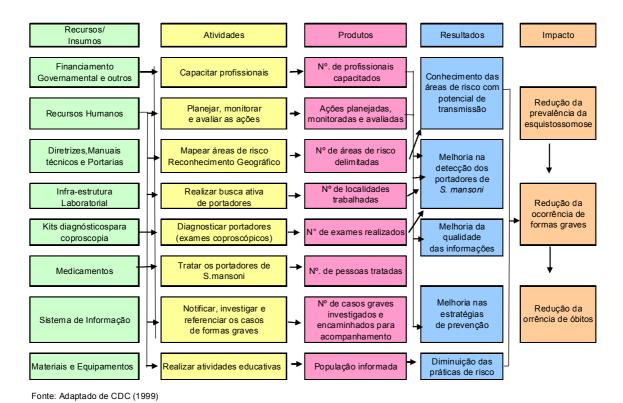


Figura 4 – Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica da esquistossomose no Município de União dos Palmares, Alagoas.

5.1.3. Matriz de Análise e Julgamento

Os indicadores utilizados em uma avaliação são importantes para garantir a credibilidade da informação, por traduzirem os conceitos contemplados no programa, seu contexto e seus efeitos esperados, dentro de uma medida específica que permita sua interpretação. Os indicadores são fundamentais para a coleta de evidências confiáveis e válidas aplicáveis em uma avaliação (CDC 1999).

Desta forma, para a definição dos indicadores, dos critérios e das categorias a serem utilizadas nesta avaliação foram consultados outros estudos avaliativos de implantação de programas, (Oliveira, Natal e Santos, 2007; Galvão et. al, 2008, Menezes, 2005). Foram selecionados ainda, alguns indicadores operacionais já existentes no PCE e outros foram criados com a participação de técnicos da coordenação nacional do programa na SVS, da VE do estado, e da coordenação de VE e de endemias do município.

Foram construídas matrizes de julgamento para cada contexto, contemplando as categorias, critérios ou indicadores, a descrição do indicador, a pontuação esperada, e a graduação dessa pontuação, com base nas normas preconizadas e pactuação com os interessados na avaliação, a pontuação observada e a fonte de evidência utilizada.

A matriz de análise e julgamento da dimensão do Contexto Externo compreende as seguintes categorias: condições sócio-econômicas, com os indicadores de desenvolvimento humano (escolaridade, vínculo empregatício, renda per capita) e de estrutura de saneamento domiciliar e ambiental que influenciam no processo de transmissão da esquistossomose (Quadro 2). Essa matriz totaliza 30 pontos.

Quadro 2 – Matriz de análise e julgamento - Dimensão Contexto Externo (30 pontos)

Catagoria	Critério/ Indicador		Pontuação		Fonte de	
Categoria		Descrição	Máxima Esperada	Obtida	Evidência	
		Proporção da população com oito anos ou mais de estudo	100% 3pts		IBGE	
		Proporção da população alfabetizada	>90% 3pts		IBGE	
	Desenvolvimento Humano	Proporção da população ocupada assalariada com mais de 10 anos	100% 3pts		IBGE	
Condições sócio- econômicas		Proporção da população com renda superior a 5 salários	100% 3pts		IBGE	
e ambientais (30 pontos)		Proporção de domicílios com rede de abastecimento de água	100% 5pts		SAAE	
	Estrutura de saneamento domiciliar e	Proporção de domicílios com rede de esgoto sanitário	100% 5pts		IBGE	
ami	ambiental	Proporção de domicílios com cobertura de coleta de lixo	100% 3pts		IBGE SEINF	
		Investimento em obras de engenharia sanitária nos últimos 5 anos	Sim=5pt Não=0		FUNASA	

Para avaliar o Contexto Organizacional e Político foram definidas as seguintes categorias: a Autonomia Financeira, Compromisso Político que inclui os indicadores de cobertura de serviços de saúde e a inserção da esquistossomose no conselho municipal de saúde, o Gerenciamento estadual e municipal da vigilância Epidemiológica e do PCE, a Capacidade de contratação e qualificação de recursos humanos, e ações intersetoriais, que contemplam indicadores de estrutura e processo e que totalizam 50 pontos (Quadro 3).

Quadro 3 – Matriz de análise e julgamento Dimensão Contexto Organizacional e político

(48 pontos)

Categoria	Critério/Indicador		Pontuação		Fonte
Categoria		Descrição	Máxima Esperada	Obtida	de Evidê ncia
Autonomia Financeira (5 pontos)	1 - Recursos financeiros para o controle da esquistossomose	1 - Proporção de recursos federais, estaduais e municipais investidos no controle da esquistossomose	Suficiente=5 Insuficiente=0		FNS SMS
	Cobertura dos serviços de saúde no município	1-Percentual de cobertura do PCE no município 2-População examinada/ população existente X 100	100% 4pts		SMS
Compromisso		3-Proporção de cobertura do ESF no município	100% 4pts		SIAB
político (15 pontos)		4-Proporção de leitos hospitalares públicos entre os leitos do município	100% 2pts		CNES
	Inclusão da esquistossomose na agenda do CMS	1-Esquistossomose como pauta nas reuniões do CMS	Sim=5pts Não=0		SMS
Commission	1- Existência de coordenador de VE municipal 2-Coordenador de VE com formação e qualificação gerencial	1 – Existência de coordenador de VE municipal com dedicação exclusiva 2 - Possuir formação na área de saúde, esp./mest. Saúde Pública	Não possui= 0 Possui sem dedic =1,0 Possui com dedic.=2		Entrev SES SMS
Gerencia da VE (10 pontos)	3-Tempo de atuação do coordenador de VE na função 4-Autonomia técnico-gerencial	3-Coordenador de VE possuir mais de 2 anos no cargo 4 - Coordenador de VE possuir autonomia técnico-gerencial	Não=0 Sim=3 Não=0 Sim=2 Não=0 Sim=2		
Capacidade de contratação e qualificação	1-Gestor com autonomia para contratação de recursos humanos	1-Possui autonomia para contratação de RH	Não = 0 Sim = 3		Entrev SES
de recursos humanos (9 pontos)	2-Realização de concurso nos últimos 5 anos para atuação na VE da esquistossomose	2-Contratação ou admissão de pessoal nos últimos 5 anos	$N\tilde{a}o = 0$ Sim = 3		SMS
	3-Qualificação técnica permanente	3-Possui programa de capacitação permanente	$N\tilde{a}o = 0$ Sim = 3		
	1-Integração do PCE com Atenção Básica no nível gerencial no município	1-Realiza atividades gerenciais integradas com AB no município	100% = 3		Entrev SES
Ações intersetoriais (9 pontos)	2- Integração do PCE com Atenção Básica no nível operacional	2-Realiza atividades operacionais integradas com AB	100% = 3		SMS
(3 politos)	3-Integração PCE com a Vig. ambiental	3-Realiza atividades integradas com Vigilância ambiental	100% = 3		

Na dimensão do Contexto de Implantação das ações de VE, os componentes de Gestão da VE no nível municipal contemplam indicadores de estrutura e processo subdivididos nas seguintes categorias: Estrutura da Vigilância em Saúde, Planejamento e programação, Supervisão e monitoramento, Recursos humanos para atuação na esquistossomose, Normatização, Assistência farmacêutica e Capacitação; e o componente Execução das Ações de VE que inclui as atividades realizadas pela VE para o controle da esquistossomose como: notificação e investigação, o apoio diagnóstico, a busca ativa, tratamentos, atividades de educação em saúde e informação. Estas categorias foram avaliadas totalizando 138 pontos (Quadro 4).

A pontuação máxima esperada é apresentada nessa matriz e teve como parâmetros as diretrizes do PCE. Para as especificações locais, a pontuação foi pactuada com os interessados na avaliação.

Quadro 4 – Matriz de análise e julgamento - Dimensão Contexto de Implantação (135 pontos)

	Componente - Gest	tão da Vigilância Epidemiológica			
		Pontuação		Fonte	
Categoria	Critério/Indicador	Descrição	Máxima Esperada	Obtida	de Evidê ncia
Estrutura da	1-Organograma da Vigilância em Saúde	1-Existência de organograma que contemple a VS no nível estadual	$N\tilde{a}o = 0$ Sim = 3		SES SMS
Vigilância em Saúde (6 pontos)	2–Existência de Departamento de VE no nível municipal	2-Possuir Departamento de VE no nível municipal	Não = 0 Sim = 3		
	1-Existência de plano de trabalho que	1-Possuir plano de trabalho anual	$N\tilde{a}o = 0$		Doc.
Planejamento	contemple a esquistossomose 2-Planejamento das ações com base nas informações produzidas pela VE	2-Instrumento de avaliação disponível na VE	Sim = 2		SES SMS
e programação (8 pontos)	3-Planejamento realizado em equipe	3-Planejamento descentralizado com a participação das equipes com programação e metas estabelecidas anualmente			
	4- Emissão e divulgação de relatórios	4- Apresentar relatórios de atividades			
	1-Realização de supervisão da VE	1- Realiza supervisão	$N\tilde{a}o = 0$ Sim = 2		Doc. Entrey
	2- Realização de suporte técnico da VE	2- Realiza suporte técnico	Sim 2		
Supervisão/ Monitoramento	3- monitoramento dos indicadores do PCE mensalmente	3-Monitora os indicadores do PCE	Não = 0 mensal = 2 não		SES SMS
(8 pontos)	4-Existência de instrumentos de supervisão	4-Possui instrumentos de supervisão	mensal=1		
	5- Existência de instrumentos de monitoramento	5-Possui instrumentos de monitoramento	Não = 0 Sim = 1		
	1-Existência de profissionais de nível superior com carga mínima de 20hs	1- Proporção de profissionais de nível superior. Nº existente/nº Adequado x 100	100%=5		Entry. SES SMS
Recursos Humanos (15 pontos)	2-Existência de profissionais de nível médio com carga horária mínima de 20hs	2- Proporção de profissionais de nível médio. Nº existente/ nº adequadox100	100%=5		
(10 pontos)	3-Existência de Agentes de saúde que realizam ações de controle da esquistossomose	3- Proporção de agentes que realizam ações de controle da esquistossomose. Nº existente/Nº adequado X 100	100%=5		
Normatização (9pontos)	1- Conhecimento da Legislação do MS 2-Existência de normatização interna sobre as atribuições de cada nível 3-Utilização das normas existentes para	1-Apresentar Leis/Portarias; guias do MS 2-Possui normas internas 3-Utiliza normas existentes para	Não=0 Sim=3		Doc. SES SMS
Assistência	realização das ações de VE 1-Disponibilidade do medicamento em tempo oportuno	realizar ações de VE 1- Proporção de medicamento solicitado/medicamento liberado	100%=2,5		SIES SES
Farmacêutica (5 pontos)	2-Armazenagem e controle de estoque adequado na SMS	2-Medicamento armazenado em condições adequadas e controlado adequadamente	Não=0 Sim=2,5		SMS
	1-Proporção de capacitações realizadas	1- Proporção capacitações realizadas/programadas x 100	100%=3		Docs. SES
Capacitação (15 pontos)	2-Proporção de profissionais capacitados	2- Proporção de Profissionais que receberam capacitação em relação ao total de profissionais	100%=3		SMS
	3-Disponibilidade de material técnico atualizado	3-Apresentar material técnico atualizado ao alcance dos profissionais	Não=0 Sim=2		

Continuação

	Critérios/Indicadores		Pontuação		Fonte
Categoria		Descrição	Máxima Esperada	Obtida	de Evidên cia
Notificação Investigação (9 pontos)	1-Notificação de casos com formas graves 2-Investigação dos casos notificados de formas graves 3-Existência de fichas de notificação	1-Notificação pela unidade de saúde no SINAN 2-proporção de casos investigados entre os notificados 3- apresentar fichas de notificação	Sim=3 Não=0 100%=3 Sim=3 Não=0		SMS
Apoio diagnóstico (12 pontos)	1-Existência de laboratório para realização de exames 2-Percentual de exames coproscópicos realizados = Nº de exames coproscópicos realizados em um ano/Total de exames programados no mesmo período X100 3-Existência de kits diagnóstico na quantidade adequada 4-Disponibilidade de EPI's	1- Possui laboratório com infra- estrutura adequada 2- realizar 100% dos exames programados 3- Dispõe de kits na quantidade adequada 4- Possuir EPI's em quantidade adequada	Adequada =3 Não adequada =1,5 Não possui=0 100%=3 Sim=3 Não=0		Obs. Entrv. SMS
	1-Realização de inquérito coproscópico	Realiza inquéritos coproscópicos com ciclo de até 2 anos	Sim=4 Não=0		SMS
Busca ativa	1-Percentual de localidades trabalhadas= N° de localidades com coproscopia realizada em um ano/Total de localidades programadas com coproscopia no ano X100	1-Trabalhar 100% das localidades programadas	100%=5		SMS
(15 pontos)	Suprimento de coletores de plástico e papel para embalagem das amostras Proporção de veículos existentes Suprimento adequado de combustível	1-Dispõe de coletores de plástico e papel em quantidade adequada 2 - Número de veículos existentes/ quantidade necessária x 100 3- Dispõe de combustível	Sim=0 Não=2 100%=2 Sim=0 Não=2		SMS
Tratamentos (10 pontos)	Percentual de tratamento = Nº de pessoas tratadas no ano/ Total de pessoas a tratar no mesmo período X 100	1-Tratar acima de 80% dos casos diagnosticados	+ de 80% =10		SMS
Educação em Saúde (7 pontos)	1-Realiza atividades educativas 2-Disponibilidade de material educativo: folders, cartazes para esquistossomose	1-100% dos agentes realizando ações educativas do PCE na comunidade 2-Material de divulgação disponível para as equipes	100%=2, 5 Não = 0 Sim =2		SMS SES
Informação (16 pontos)	1-Existência de computadores 2-Existência de impressoras 3-Existência de telefones exclusivos 4-Processamento e análise dos dados no SISPCE 5-Processamento e análise dos dados no SINAN 6-Envio regular do banco de dados do SINAN 7-Envio regular do banco de dados do SISPCE 8-Confecção de boletins epidemiológicos	1-nº de computadores existentes/nº de computadores necessários. 2- nº de impressoras existentes/ nº de impressoras necessárias 3-Existência de telefones exclusivos 4-Processa e analisa os dados no SISPCE 5- Processa e analisa os dados no SINAN 6-Envio regular do banco de dados do SINAN 7- Envio regular dos dados do SISPCE 8-Confecciona boletins epidemiológicos	Não=0 Sim=2 Não=0 Sim=2 Não=0 Sim=2		SES SMS

Para estimar o grau de implantação, foram atribuídos valores individuais para cada critério/indicador. O conjunto de critérios ou indicadores que compõe uma categoria, apresenta no somatório a pontuação máxima de cada dimensão.

Os dados primários foram consolidados na matriz de avaliação, utilizando mapas transversais (planilhas) construídos por meio do software Excel (Microsoft, 2003).

Os padrões de julgamento foram realizados procedendo-se a comparação entre a pontuação máxima esperada, fundamentada nas normas técnicas do PCE e no consenso entre os interessados na avaliação do que é recomendado; com a pontuação observada.

A qualidade das ações foi avaliada considerando a dimensão de conformidade, aqui entendida como a adequação das ações de vigilância e controle da esquistossomose às normas preconizadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

A classificação do grau de implantação foi realizada mediante o cálculo dos escores específicos obtidos para cada critério/indicador (Natal et. al. 2004; Galvão et. al, 2008). Em seguida foi calculado o percentual correspondente, com o uso da seguinte fórmula:

$$\% = \sum \underline{Y(0)} \times 100$$
$$Y(E)$$

Onde: $Y(0) = \acute{e}$ a pontuação observada da dimensão e $Y(E) = \acute{e}$ a pontuação esperada de cada dimensão.

Após a obtenção do valor percentual referente a cada contexto foram aplicados os critérios conforme quadro 2. Os pontos de corte foram determinados nos tercis, tendo por modelo outros estudos que utilizaram semelhante critério (Natal et. al, 2004, Galvão et. al 2008).

Esta etapa de montagem dos critérios de classificação do grau de implantação foi realizada apenas pelo avaliador, devido a complexidade em envolver os demais interessados na avaliação nesse procedimento.

Quadro 5 – Critérios de classificação do grau de implantação das ações de VE.

Contexto Externo	Contexto Organizacional e Político	Contexto de Implantação
Desenvolvimento satisfatório >	Implantação satisfatória ≥ 67%	Implantação satisfatória ≥67%
67%		
Desenvolvimento parcial	Implantação parcial 34 a 66%	Implantação parcial
34 a 66%		34 a 66%
Não desenvolvido ≤34%	Não implantado <u><</u> 34%	Não implantado ≤ 34%

5.2. Coleta de dados e Fontes de evidência

O primeiro passo para viabilização do estudo foi realizar uma reunião com os gestores e técnicos da VE do nível estadual e municipal, ocorrida em abril de 2009. Nesta ocasião foram informados os objetivos, responsabilidades de cada interessado e as contribuições advindas da avaliação.

Após entendimento e aceitação por parte das instituições co-participantes do estudo, os gestores foram convidados a assinar um termo de anuência, oficializando assim, a concordância em apoiar operacionalmente a pesquisa.

Por meio de contatos telefônicos e correspondência eletrônica (e-mails) foram partilhadas informações e agendada a visita para as atividades de campo.

De início, foram coletados os dados secundários e após aprovação no Comitê de ética em novembro de 2009, foram coletados os dados primários. O Quadro 6 apresenta de forma resumida, as técnicas, os instrumentos e as fontes de evidências dos dados utilizados.

Quadro 6 – Síntese das técnicas/instrumentos utilizados e fontes de evidência dos dados.

Tipos de dados	Técnicas/instrumentos	Fonte de evidência
Primários	nários Observação direta Infra-estrutura da VE SES	
		Infra-estrutura da VE SMS
		Infra-estrutura laboratorial - SMS
		Processos de trabalho endemias SMS
		Equipamentos e materiais SES/SMS
	Entrevistas	Informantes-chave da VE SES/SMS
Secundários	Análise documental	IBGE, SAAE, Atas de reuniões, PDR/AL, Relatórios
		e documentos SES, SMS; Funasa
	Sistemas de informação	SISPCE, SINAN, SIES, SISLOC, SIM, SIH, SIAB,
		CNES

5.2.1. Análise documental

A Análise documental adotada neste estudo utilizou para a busca do material bibliográfico as bases de dados da Lilacs, Decs, Scielo e Tropika.net, disponíveis no sítio eletrônico da BVS – www.saude.gov.br/svs com os descritores: schistosomiasis, surveillance, epidemiology e Communicable Diseases.

Foram consultados documentos institucionais da SVS, normas técnicas do PCE, Portarias, Relatórios técnicos; artigos técnico-científicos e informações disponibilizadas sobre a vigilância epidemiológica da esquistossomose pela Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas e do Município de União dos Palmares.

Para a caracterização do contexto externo do estado de Alagoas e do município de União dos Palmares foram consultados os dados do censo 2000 e contagem 2007, disponíveis na agência do IBGE de União dos Palmares/AL; os dados dos Cadernos de Saúde dos Municípios do Datasus/MS; Para variáveis de abastecimento de água e saneamento foram coletados dados no Serviço Autônomo de água e Esgoto – SAAE do Município. A Secretaria de Infra-estrutura do município forneceu dados sobre a infra-estrutura urbana (lixo, pavimentação e iluminação). A Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas e a Secretaria Municipal de Saúde de União dos Palmares disponibilizaram documentos técnicos e de atividades de rotina do PCE, Plano Diretor de Regionalização – PDR do estado e Alagoas, Relatório de gestão e outros.

5.2.2. Sistemas de informação consultados

Para obtenção dos dados do período de 2001 a 2009 sobre os indicadores epidemiológicos e operacionais como: número de exames realizados e de portadores de *S. mansoni*, percentual de positividade; número de tratamentos realizados e pendentes, e número de localidades trabalhadas foi utilizado o Sistema de Informações do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose – SISPCE, disponíveis publicamente e sem restrição no endereço eletrônico: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinan/pce/cnv/pce.def

Os dados sobre as notificações de formas graves da esquistossomose foram obtidos por meio do Sistema de Agravos de Notificação – SinanNet.

Para coletar os dados sobre morbimortalidade da esquistossomose foram utilizados como fonte os bancos disponíveis publicamente, sem restrição, do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS para os dados sobre internações hospitalares no período de 2000 a 2008; e do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM para os óbitos por esquistossomose no período de 1990 a 2008.

Para verificar os dados sobre a distribuição do medicamento utilizado no tratamento de portadores de *S. mansoni* no ano de 2009 foi consultado o Sistema de Informação de Insumos Estratégicos/SIES.

Para consulta sobre o montante de recursos federais transferidos para o Município para o financiamento das ações de Vigilância em Saúde no período de 2005 a 2009 foi consultado o site de domínio público do Fundo Nacional de Saúde – FNS, por meio do endereço eletrônico http://www.fns.saude.gov.br, consulta a pagamentos.

5.2.3. Observação direta

Foi utilizada a técnica de observação direta com roteiro estruturado (Anexo VII), para verificação "in loco" da infra-estrutura física das instalações organizacionais da VE da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas e da Secretaria Municipal de União dos Palmares, do Laboratório de Endemias – Labend do município, do almoxarifado de medicamentos, dos equipamentos e imobiliário; e das atividades de campo realizadas pelos agentes de endemias. Todas as verificações foram realizadas pelo pesquisador.

5.2.4. Entrevistas

Foram elaborados para a coleta de dados primários, cinco roteiros de entrevistas com perguntas semi-estruturadas e pré-estabelecidas. Esses roteiros foram construídos tendo por base roteiros utilizados em outros estudos avaliativos (Menezes, 2005; Felisberto, 2001) com a inclusão de outras variáveis selecionadas para responder a pergunta do estudo. Foi realizado um pré-teste para testar a validade do instrumento com profissionais que atuam na Vigilância da Esquistossomose no Distrito Federal para verificar junto aos entrevistados se as perguntas estavam claras, objetivas e se contemplavam todas as rotinas de trabalho a serem avaliadas. Após a realização do préteste os roteiros foram reformulados para a aplicação.

Cada roteiro continha perguntas específicas para os diferentes atores entrevistados, sendo distribuídos da seguinte forma:

Instrumento 1 – Roteiro de entrevista para identificação dos determinantes contextuais, aplicado aos gestores para coleta de dados sobre o contexto externo e político-organizacional (Anexo II).

Instrumento 2 – Roteiro de entrevista com coordenadores, gerentes e supervisores das ações de VE da esquistossomose para identificar o perfil desses profissionais, bem como aspectos da gestão da VE da esquistossomose (Anexo III).

Instrumento 3 – Roteiro de entrevista com profissionais de saúde que atuam na VE da esquistossomose com questões que abordam desde o perfil dos profissionais, até aspectos da estrutura e processo das ações da VE da esquistossomose (Anexo IV).

Instrumento 4 – Roteiro de entrevista com profissionais que atuam no apoio diagnóstico, com questões específicas do laboratório (Anexo V).

Instrumento 5 – Roteiro de entrevista com profissional da distribuição de medicamento. Esse instrumento foi necessário, uma vez que se constatou que o medicamento é distribuído de forma centralizada na SMS por dois profissionais com essa responsabilidade específica (Anexo VI).

A amostra foi composta por 20 participantes entre gestores e profissionais que atuam diretamente na VE da esquistossomose no nível municipal. Foram entrevistados ainda técnicos do nível estadual devido ao aspecto da gestão compartilhada da Vigilância em Saúde.

Os entrevistados foram escolhidos de forma intencional por serem informanteschaves, tendo como critério de inclusão a sua inserção e experiência enquanto profissionais componentes do processo de gestão, implantação, operacionalização, a implementação do PCE e da Vigilância Epidemiológica no Estado de Alagoas e no Município de União dos Palmares. Não foram inclusos na amostra os profissionais que atuam nas operações de campo com menos de um ano de experiência profissional em vigilância epidemiológica da esquistossomose.

No nível estadual foram entrevistados 5 profissionais: a Gerente de Agravos não Transmissíveis e Fatores Ambientais representando a diretora da Vigilância Epidemiológica, a gerente do PCE, um técnico responsável pelos sistemas de informação SISPCE e SINAN, um coordenador estadual de endemias da Macro I , a qual faz parte o município do estudo e um técnico de nível médio.

No Município foram entrevistados 15 participantes: a Secretária Municipal de Saúde, a Coordenadora da Vigilância Epidemiológica, o coordenador de endemias, dois profissionais responsáveis pela distribuição de medicamento e um digitador na sede da Secretaria Municipal de Saúde. O supervisor do trabalho de campo e 5 Agentes de saúde foram entrevistados na base onde ficam lotados, numa casa alugada pela SMS. No laboratório de endemias foram entrevistados o supervisor do laboratório e dois laboratoristas.

Todas as entrevistas foram agendadas, conduzidas e registradas pela própria pesquisadora no período de 30/11/09 a 5/12/2009, considerando o melhor horário para não comprometer o trabalho dos profissionais. Não foi delimitado o tempo de duração das entrevistas, com o intuito de proporcionar aos participantes a oportunidade de se expressarem melhor. Em média o tempo médio das entrevistas foi de quarenta minutos. Foi disponibilizada pelas instituições co-participantes uma sala para realização das entrevistas. As salas eram privativas, admitindo no momento da entrevista, apenas a pesquisadora e o entrevistado. As entrevistas não foram gravadas, mas contou com a habilidade da pesquisadora em registrar as informações mais relevantes.

Inicialmente os participantes foram informados oralmente sobre os objetivos da pesquisa, benefícios, riscos, duração, bem como sobre a sua liberdade para sair em qualquer momento do estudo e foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

5.3. Processamento dos dados

Os dados das entrevistas foram digitados e tabulados em três mapas transversais (planilhas) construídos por meio do software Excel (Microsoft, 2003). Cada linha intitula as variáveis constantes dos roteiros de entrevistas. As colunas contemplam o código de cada sujeito da pesquisa, constituindo-se assim um banco de dados com 20 registros para análise.

Os dados oriundos do Sistema de Vigilância e Controle da Esquistossomose – SISPCE foram tabulados com a utilização do software Tabwin versão 3.2, bem como a construção do mapa de distribuição da esquistossomose por faixa de prevalência. Os gráficos de prevalência foram construídos com o auxílio do software Excel (Microsoft, 2003).

5.4. Interessados na avaliação

Para o planejamento e a execução do estudo foram considerados os diferentes posicionamentos dos interessados na avaliação das ações de vigilância epidemiológica e controle da esquistossomose para garantir a utilização dos resultados. Com esse intuito, a proposta da avaliação foi discutida em reuniões, realizadas em 23 de abril de 2009, com os profissionais que atuam na gestão da VE no Estado de Alagoas e na execução das ações de controle da esquistossomose no Município de União dos Palmares.

Os participantes foram informados verbalmente dos objetivos, das responsabilidades de cada um na realização do estudo e dos benefícios relacionados aos resultados da pesquisa. Todos se mostraram receptivos e concordaram em participar das entrevistas e disponibilizar documentos, uma vez que consideram a esquistossomose um sério problema de saúde pública no município.

Os profissionais que atuam na gestão da VE no nível federal, estadual e municipal e os coordenadores de endemias e supervisores do PCE foram convidados a participar ativamente da formulação dos indicadores e critérios para a avaliação, uma vez que possuem conhecimento técnico e experiência na vigilância da esquistossomose.

As condições e recursos necessários para a realização da pesquisa foram viabilizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas e da Secretaria Municipal de Saúde de União dos Palmares, estas últimas forneceram apoio técnico e operacional. O quadro 7 apresenta os usuários potenciais da avaliação, seus interesses, responsabilidades e o papel na utilização dos resultados.

Quadro 7 - Usuários potenciais, interesses, responsabilidades e papel na utilização dos resultados.

Usuários potenciais	Interesse na avaliação	Responsabilidades	Papel na utilização dos resultados
Coordenador de Doenças Transmissíveis Avaliador e técnicos do PCE/SVS/MS	Obter informações para a redefinição de ações de planejamento e avaliação do programa; Conhecer a situação de funcionamento do programa no contexto da descentralização.	Fornecer apoio político e financeiro. Participar da definição de critérios e indicadores da avaliação.	Readequação das ações, políticas e diretrizes técnicas do PCE; Fortalecer a gestão da Vigilância da esquistossomose
Diretora da DIVEP SES/AL Secretária Municipal de Saúde	Aperfeiçoar as ações de VE da esquistossomose.	Garantir apoio logístico para a atuação do avaliador na SES/AL e em União dos Palmares	Cooperação técnica ao município contribuindo para potencializar a capacidade gerencial para novas práticas de vigilância e controle da esquistossomose. Seguir as recomendações sugeridas pela avaliação.
Gerente do NCATFA Gerente do PCE/AL	Melhor capacidade gerencial Aperfeiçoar as ações de VE do programa	Fornecer informações e documentos Participar de entrevista e da pactuação de indicadores.	Seguir as recomendações sugeridas pela avaliação para aperfeiçoar as ações de VE da esquistossomose. Melhorar o suporte técnico ao município.
Coordenadora de VE/Município	Melhor capacidade gerencial Aperfeiçoar as ações de VE do programa	Fornecer informações e documentos Participar de entrevista e da pactuação de indicadores.	Seguir as recomendações sugeridas pela avaliação para aperfeiçoar as ações de VE da esquistossomose.
Coordenador de endemias, supervisor de campo do município	Melhor capacidade gerencial	Participar de entrevista e da pactuação de indicadores;	Reorganização do trabalho de prevenção e controle da esquistossomose Aplicação das recomendações na rotina de trabalho.
Profissionais de Saúde do município	Melhorar a qualidade dos serviços	Participar de entrevista;	Aplicação das recomendações na rotina de trabalho

5.6 Aspectos éticos do estudo

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de ética em Pesquisa – CEP, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz e aprovada por meio do parecer nº 149/09, em 24 de novembro de 2009. Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com termos que asseguram o anonimato e o sigilo sobre as declarações prestadas (Anexo I), de acordo com a Portaria nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Os representantes das instituições co-participantes da pesquisa assinaram um termo de anuência autorizando a realização do estudo, a coleta e uso dos dados primários e secundários, bem como a divulgação do nome do município e os resultados do estudo em publicações e eventos técnico-científicos de interesse da saúde pública.

Todos os participantes foram informados oralmente sobre os objetivos, benefícios e riscos do estudo, bem como sobre o uso exclusivo das informações coletadas para este estudo.

Os documentos e dados utilizados na pesquisa, incluindo os questionários respondidos nas entrevistas, serão guardados sob responsabilidade do pesquisador pelo período de cinco anos como recomenda o Comitê de Ética em Pesquisa.

Enquanto avaliador interno procurou-se observar aspectos éticos referentes à proteção das pessoas envolvidas, com respeito à confidencial idade de algumas informações requeridas pelos entrevistados; imparcialidade às interferências organizacionais e políticas e zelo quanto às técnicas de levantamento de dados de qualidade.

6. RESULTADOS

Os resultados do estudo foram organizados de forma que num primeiro momento, é apresentada a situação epidemiológica da esquistossomose, com base nos dados secundários fornecidos pelo município de União dos Palmares.

Em seguida, são apresentados os dados referentes ao contexto externo, para a caracterização e descrição dos aspectos demográficos e socioeconômicos do município do estudo; e na seqüência os aspectos do contexto organizacional e político e os resultados obtidos na avaliação do contexto de implantação das ações de VE e controle da esquistossomose.

Foram analisadas 20 entrevistas, entre gestores e profissionais que atuam na vigilância epidemiológica e no controle da esquistossomose. Destaca-se a colaboração dos profissionais que permitiram o acesso a documentos aos locais para observação e coleta de dados.

6.1. Contexto Externo

6.1.1. Caracterização do Município

O Município foco deste estudo está localizado no Estado de Alagoas que está situado a leste da região Nordeste. É o segundo menor estado do país, ocupa uma área de 27.933 km² e possui uma população de 3.037.103 habitantes (IBGE - Contagem 2007). O Estado está dividido em 102 municípios com populações que variam entre 6 mil e 170 mil habitantes, à exceção da Capital – Maceió – com 896.965 habitantes. As cidades mais populosas são Maceió, Arapiraca, Palmeira dos Índios, Rio Largo, Penedo, União dos Palmares, São Miguel dos Campos, Santana do Ipanema, Delmiro Gouveia, Coruripe e Campo Alegre.

O Município de União dos Palmares foi fundado em 13 de outubro de 1831. Sua população é de 60.619 habitantes (IBGE – Contagem, 2007), com uma densidade de 139,6 hab./km². Está situado na mesorregião do Leste Alagoano, na Zona da Mata, e na Micro Região Serrana dos Quilombos, as margens do Rio Mundaú. A distância da Capital - Maceió é de 76,4 Km, com acesso pela BR 104 e pela AL 110. A área municipal ocupa 326 Km², a altitude ultrapassa 155 metros acima do nível do mar

(Figura 5). Limita-se ao Norte pelos municípios de São José da Lage, Ibateguara e Colônia de Leopoldina, ao Sul o município de Branquinha, ao Leste pelo município de Joaquim Gomes e a Oeste com o município de Santana do Mundaú.

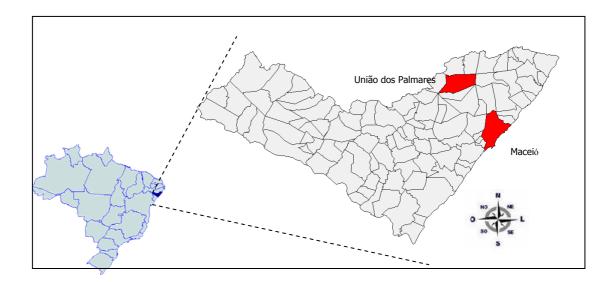


Figura 5 – Mapa do Estado de Alagoas, com destaque para o Município de União dos Palmares.

6.1.2. Perfil epidemiológico da Esquistossomose no Município

Os dados obtidos por meio do Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose do Município de União dos Palmares registraram a redução do percentual de positividade a partir de 2001, mantendo esse percentual em torno de 8,6 % (Tabela 1). As diretrizes do programa preconizam a redução desse percentual para menos de 5%.

Tabela 1 – Exames realizados, positivos e percentual de positividade de portadores de *Schistosoma mansoni*. União dos Palmares, 2001 a 2009.

Ano	Exames Realizados	Exames Positivos	% Positividade
2001	4.923	914	18,6
2002	12.212	2.135	17,5
2003	25.368	3.521	13,8
2004	27.128	2.710	10,0
2005	17.607	1.814	10,3
2006	24.056	2.031	8,4
2007	17.529	1.465	8,3
2008	21.023	1.846	8,7
2009	18.792	1.628	8,6
Total	168.638	18.064	10,7

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de União dos Palmares

De acordo com a tabela 2, ainda existem localidades com positividade média e elevada (acima de 20%). Em 2009 foram encontradas um número maior de localidades com índice de positividade acima de 25%, destacando-se as localidade de Jaqueira, Brejo dos Vieiras e Engenho Novo que apresentaram índices elevados acima 25%. As diretrizes técnicas do programa preconizam a redução desses percentuais para níveis inferiores a 5%.

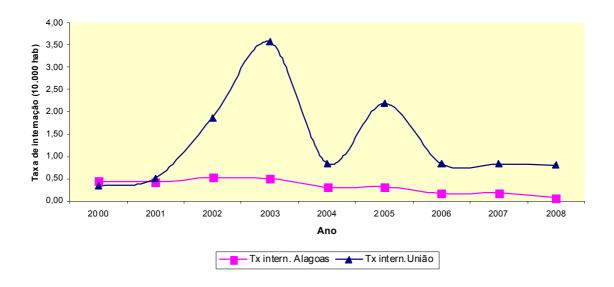
Tabela 2– Número de localidades trabalhadas por percentual de positividade para *S. mansoni*. União dos Palmares, 2003 a 2009.

A a	N° de Localidades trabalhadas				
Ano	< 5%	> 5 - 15%	>15 - 25%	> 25%	Total
2003	57	42	7	4	110
2004	27	39	8	1	75
2005	28	39	5	4	76
2006	43	55	10	3	111
2007	87	31	14	9	141
2008	25	53	15	4	97
2009	24	50	17	19	110

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de União dos Palmares

Morbidade hospitalar

No período de 2000 a 2003 as taxas de internações hospitalares (por 10.000 habitantes) no município do estudo sofreram oscilações, quando se verifica um aumento muito acentuado em 2003. No entanto, destaca-se um decréscimo consistente dessas taxas a partir de 2006, mantendo-se estável até 2008. Em relação ao Estado de Alagoas observa-se uma considerável redução nessas taxas no período analisado (Figura 6).

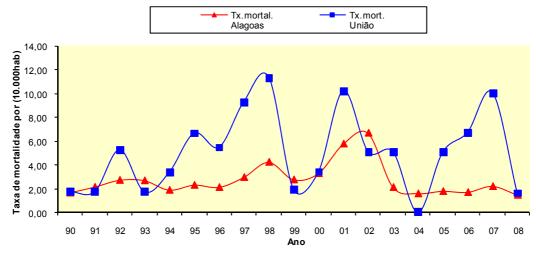


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

Figura 6 – Taxas de internações hospitalares por esquistossomose por 10.000 habitantes. Alagoas e União dos Palmares, 2000 a 2008.

Mortalidade por esquistossomose

Enquanto a série histórica de mortalidade por esquistossomose no Estado de Alagoas demonstra um decréscimo partir de 2003, com estabilização até 2008. No Município de União dos Palmares as taxas apresentaram variações que podem ser atribuídas a fatores relacionados com os serviços de notificação de óbitos. No entanto, observa-se uma redução do número de óbitos sendo registrado apenas um único caso pela doença no ano de 2008 (Figura 7).

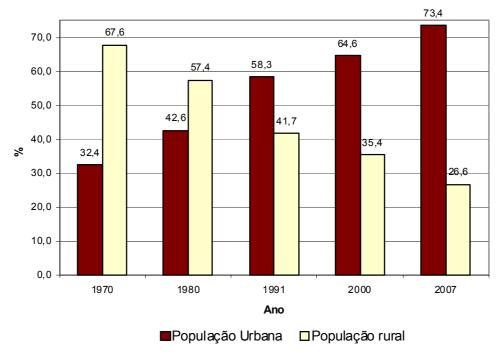


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Figura 7 – Evolução das taxas de mortalidade por esquistossomose, no Estado de Alagoas e no Município de União dos Palmares, no período de 1990 a 2008.

6.1.3. Aspectos Demográficos, socioeconômicos e ambientais

Em 2007, o Município de União dos Palmares possuía uma população de 60.619 habitantes. É apresentada abaixo a evolução demográfica da população numa série histórica dos Censos do IBGE de 1970, 1980, 1991, 2000 e contagem da população de 2007 (Figura 8), tendo em vista a importância da dinâmica populacional, especificamente da migração da população rural para a área urbana, na expansão da esquistossomose.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

Figura 8 – População urbana e rural do Município de União dos Palmares. 1980 a 2000.

O Município de União dos Palmares está situado na zona da mata alagoana, tradicional região endêmica de esquistossomose no estado. Possui um rico manancial hídrico e está inserido na bacia hidrográfica do Rio Mundaú. Os principais afluentes são: o Rio Caruru, os Riachos Canhoto, do Timbi, e Seco. Nas porções centro e oeste, os Riachos da Inhuma, Pichilinga e Sueca. Ao sul, os Riachos Murici, Rego Fundo e Macacos. A leste, os Riachos, Pelada, Bebida e Grota do Negro. As principais atividades econômicas do município são a agricultura, onde se destaca a produção de cana de açúcar e banana e a pecuária.

A incidência de pobreza no município é de 60,5%, bem próxima a do Estado de Alagoas (59%). No ranking de desenvolvimento, União dos Palmares está em 34º lugar no estado (102 municípios) e em 4.658º lugar no Brasil (5.561 municípios). A renda mensal do município está abaixo da do Estado (454,00) e do País (769,00). Apenas 2% dos trabalhadores possuem rendimentos acima de 5 salários mínimos. Os demais dados sobre os aspectos socioeconômicos do município são apresentados no quadro 8.

Quadro 8 – Aspectos socioeconômicos do Município de União dos Palmares.

IDH	PIB R\$	PIB per capita R\$	% da população empregada	Salário médio mensal R\$	% População alfabetizada (maior de 10 anos)	% População alfabetizada (com oito ou mais anos de estudo)
0,600	278.622	4.596,00	27	201,07	58,7	14,0

Fonte: PNUD; IBGE; Caderno de informações de saúde/MS.

De acordo com a última contagem populacional realizada pelo IBGE em 2007, havia 17.579 domicílios particulares permanentes no município de União dos Palmares.

Para avaliar a estrutura de saneamento domiciliar e ambiental, foi considerado o indicador proporção de domicílios por forma de abastecimento de água.

Os dados mais recentes fornecidos pela SAAE e a Secretaria de Infra-estrutura do município mostraram que em 2009 a proporção de domicílios com abastecimento de água pela rede geral, aumentou 17% em relação ao ano de 2000 (Quadro 9).

Quadro 9 - Proporção de domicílios por forma de abastecimento de água. União dos Palmares. 1980, 1991, 2000, 2009.

]	Forma de abastecimento de água		
Ano	Rede geral	Poço ou nascente	Outra forma	
1980	31,8	51,3	16,8	
1991	50,2	15,2	34,5	
2000	68,6	23,8	7,6	
2009*	86,0	22,0	8,0	

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; * SAAE e Secretaria de Infra-estrutura.

Comparando-se os dados fornecidos pelos Censos do IBGE no período de 1980 a 2000 observa-se que houve um incremento no número de domicílios que possuíam banheiro. No entanto, em 2009 apenas 58,6% desses domicílios utilizavam a rede geral (Quadro 10). Foi informado pela SAAE que grande parte da população ainda usa a rede pluvial para destino dos dejetos, e que 28% dos domicílios não tinham banheiro. Essa situação corrobora com o ciclo de transmissão da esquistossomose, pois favorece a contaminação do ambiente com fezes infectadas com ovos de *S. mansoni*, que contaminam os caramujos presentes nos rios e córregos e conseqüentemente a população que vive exposta. Além disso, segundo os agentes de saúde, as pessoas,

mesmo com água encanada em casa, têm o costume de ir lavar roupas e louças nos riachos e rios próximos às suas residências para economizar nas contas de água.

Quadro 10 - Proporção de domicílios por existência de banheiro ou sanitário, União dos Palmares. 1980, 1991, 2000, 2009.

A		Existência de banheiro e	sanitário
Ano	Tinham	Rede geral	Não tinham
1980	57,2	0,97	42,8
1991	54,1	-	45,9
2000	70,3	39,6	29,7
2009*	72,0	58,6	28,0

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; * SAAE e Secretaria de Infra-estrutura.

Com relação aos investimentos em obras de engenharia sanitária para o município, foi celebrado em 2006 e 2007, convênio com a Funasa destinado às melhorias habitacional e de esgoto, no entanto esses convênios ainda estão sob análise técnica e os recursos ainda não foram pagos. Foi relatado ainda pelo Serviço Autônomo de Água e Esgoto - SAAE, que o município foi contemplado com melhorias sanitárias em 2002 pelo Projeto Alvorada, sem, no entanto, especificar o valor

Ainda sobre esse aspecto, segundo informações da Fundação Nacional de Saúde consta no Sistema de Convênios dois processos para melhorias sanitárias em esgoto e habitacionais, nos anos de 2006 e 2007 no valor de R\$ 1.071.336,16 e 385.850,98 respectivamente. No entanto, esses convênios ainda não foram pagos e estão sob análise técnica.

A coleta de lixo é mais frequente nos bairros do centro da cidade, mas conta com uma frota de veículos insuficiente, evidenciando a existência de sérios problemas ambientais e de saúde pública para a população. Em 2009 70% do lixo foi coletado pelo serviço de limpeza da cidade (Quadro 11).

Quadro 11 - Proporção de domicílios por destino da coleta de lixo. União dos Palmares. 1980, 1991, 2000, 2009.

A	Desti	ino do Lixo
Ano —	Coletado	Outro destino
1980	-	-
1991	28,4	71,6
2000	68,0	32,0
2009*	70,5	29,5

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; * SAAE e Secretaria de Infra-estrutura.

Diante desse cenário, o contexto externo apresentou um desenvolvimento parcial, de acordo com os valores obtidos pelos indicadores estabelecidos neste estudo (quadro 12).

Quadro 12 - Matriz de Julgamento do Contexto Externo.

Dimensão/Categoria	Pontuação Máxima	Pontuação obtida	Proporção (%)
Contexto Externo	30	13,6	45,3
Condições Socioeconômicas e ambientais	30	13,6	45,3

6.2. Contexto organizacional e político

6.2.1 Autonomia financeira

Os recursos financeiros destinados às ações básicas de investigação epidemiológica e ambiental, de diagnósticos de risco, ações de controle, eliminação e erradicação de agentes de agravos e danos à saúde individual e coletiva das populações são repassados mensalmente, diretamente do Fundo Nacional de Saúde – FNS para o município de forma regular e automática. Os recursos para o controle da esquistossomose estão inseridos no bloco da Vigilância em Saúde, também relativo a outras doenças prioritárias, como por exemplo: Malária, Leishmanioses, Febre Amarela, Dengue, Tracoma, Doença de Chagas, Peste, Filariose e Bócio.

São apresentados a seguir os valores transferidos no período de 2005 a 2009 (Tabela 3). Observou-se que no período de 2005 a 2009 houve discreto incremento de 8,5% no valor deste repasse, uma vez que esse valor é atualizado anualmente com base na população estimada pelo IBGE.

Tabela 3 – Valor do repasse referente ao Teto Financeiro de Vigilância em Saúde para o Município de União dos Palmares, 2005 a 2009.

Ano	Valor do repasse (R\$)	
2005	213.238,83	
2006	198.301,50	
2007	199.762,28	
2008	204.351,46	
2009	238.286,15	
Total	1.053.940,22	

Quando questionados na entrevista, sobre o montante de recursos financeiros empregados na Vigilância e Controle da esquistossomose no município, não souberam precisar este valor, uma vez que os recursos são repassados na forma de bloco para todos os agravos a que se refere esse repasse.

6.2.2. Compromisso político

Quanto à estrutura de serviços de saúde o Município de União dos Palmares está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal. Segundo o Plano Diretor de

Regionalização – PDR do Estado de Alagoas, o município é sede da 11º Microrregião e da 5ª Região de Saúde.

O Município conta com 13 equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF, distribuídas em 7 unidades na zona urbana e 6 na zona rural, com uma cobertura de 65% da população. Conta ainda com 3 equipes de ACS com cobertura de 28,8% pelo PACS em 2009 (SIAB; CNES, 2009).

O município possui um único hospital filantrópico com disponibilidade de 94 leitos para todas as especialidades. A referência para assistência de alta complexidade é o Município de Maceió, capital do estado. A Tabela 4 apresenta o número e tipo de estabelecimentos de saúde existentes no Município de União dos Palmares.

Tabela 4 - Número e tipo de estabelecimentos de saúde existentes no Município de União dos Palmares, 2009.

Tipo de estabelecimento	Público	Filantrópico	Privado	Total
Centro de Atenção Psicossocial	2	-	-	2
Centro de Saúde/Unidade básica de saúde	14	-	-	14
Central de regulação de serviços de saúde	1	-	-	1
Consultório isolado	-	-	3	3
Clínica/ambulatório especializado	4	-	-	4
Hospital Geral	-	1	1	2
Policlínica	2	-	9	11
Secretaria de Saúde	1	-	-	1
Unidade de Vigilância em Saúde	1	-	-	1
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	-	-	1	1
Total	22	1	14	37

Fonte: Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

A população coberta pelo PCE é expressa pelo percentual de exames realizados na população residente nas localidades trabalhadas pelo programa (Tabela 5).

Tabela 5 - População existente, população examinada e percentual de cobertura da população de União dos Palmares, 2001 a 2009.

Ano	População existente N	População examinada N	0/0
2003	33.307	25.368	76,1
2004	38.428	27.128	70,0
2005	22.728	17.607	77,5
2006	32.515	24.056	74,0
2007	23.711	17.529	74,0
2008	29.222	21.023	72,0
2009	22.330	18.792	84,1
Total	202.241	151.503	74,9

Fonte: IBGE; Secretaria Municipal de Saúde de União dos Palmares

Segundo a secretária municipal de saúde e um outro profissional entrevistado que participa das reuniões do Conselho Municipal de Saúde – CMS, a esquistossomose constitui um dos problemas de saúde mais relevantes do município, sendo um assunto muito recorrente na pauta das reuniões do Conselho, acompanhado pela dengue e as doenças diarréicas. Essa constatação é coerente com a opinião dos profissionais entrevistados, que conferiram um grau de prioridade 8 (média) para a doença, seguindo uma escala de 1 a 10 (sendo 1 menos importante e 10 mais importante). Observou-se que essa prioridade foi considerada maior na opinião dos profissionais que atuam diretamente no controle da doença, que em sua maioria, possuem longa experiência no trabalho de campo e demonstraram gostar do que fazem. No nível gerencial, essa percepção de prioridade fica diminuída e atribuída em grande parte as dificuldades e falta de apoio dos gestores.

6.2.3. Gerência municipal do PCE

A coordenadora de VE está a 5 anos no cargo e possui qualificação na área da saúde com pós-graduação em saúde pública. O coordenador de endemias do município não possui nível superior, mas conta com vasta experiência no controle de endemias. Os profissionais entrevistados que atuam na gestão do PCE relataram não ter participação na gestão dos recursos. Sua participação se limita à decisão sobre a utilização dos recursos dirigidos ao programa, planejamento e programação das ações.

6.2.4. Capacidade de contratação e qualificação de Recursos humanos

Os gestores municipais relataram não possuir autonomia para contratação de recursos humanos e não foi realizado concurso nos últimos 5 anos.

Não há um programa de qualificação técnica permanente para os profissionais e o município não tem recebido apoio do estado para esse fim.

6.2.5 Ações intersetoriais

No município, a integração com a ESF é insatisfatória no nível gerencial e operacional, no que se refere à vigilância da esquistossomose. Quanto à Vigilância ambiental foi relatada a integração das ações por 90% dos entrevistados.

Na avaliação dessa dimensão, a categoria autonomia financeira e capacidade de contratação e qualificação dos recursos humanos foram as que mais comprometeram o desenvolvimento organizacional. As ações de intersetorialidade e alguns indicadores de gerenciamento que tiveram uma pontuação aquém da esperada, também contribuíram para que o contexto político-organizacional fosse classificado com implantação parcial (Quadro 13).

Quadro 13 - Matriz de Julgamento do Contexto Organizacional e Político.

Dimensão/Categoria	Pontuação Máxima	Pontuação obtida	Proporção (%)
Contexto Organizacional e Político	48	22,2	46,5
Autonomia financeira	5	0	0,0
Compromisso político	15	10,6	70,6
Gerência do PCE	10	7	70,0
Capacidade de contratação e qualificação de RH	9	0	0,0
Ações intersetoriais	9	4,6	51,1

6.3. Contexto de Implantação - Componente Gestão da VE

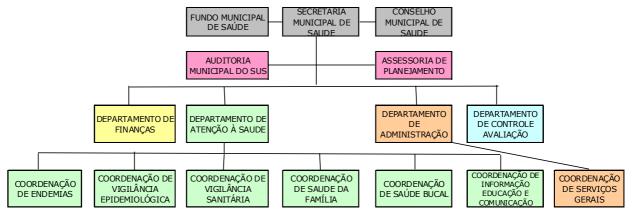
6.3.1. Estrutura da Vigilância em Saúde

A gestão da Vigilância em Saúde é realizada de forma compartilhada entre a União, Estados, o Distrito Federal e Municípios. Desta forma cada esfera possui competências e atribuições que se complementam.

No nível federal, a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, por meio do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose – PCE, estabelece diretrizes, prioridades e coordena as ações desenvolvidas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Da mesma forma o nível estadual coordena as ações de vigilância em saúde no nível municipal e no caso do Estado de Alagoas, as atividades de Vigilância Epidemiológica, são coordenadas pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVEP subordinada à Superintendência de Vigilância à Saúde – SUVISA. A VE da esquistossomose está inserida na Gerência de Agravos Transmissíveis e Fatores Ambientais – GATFVA, com uma gerente do PCE, um técnico de nível médio e para cada macrorregional de saúde um supervisor de endemias, que fica lotado no Município de Maceió.

Na esfera municipal a Coordenação de VE e a Coordenação de endemias estão formalizadas no organograma da SMS e estão subordinadas ao Departamento de Atenção à Saúde (Figura 9). Ambas as coordenações possuem salas exclusivas, mas não dispõem de equipamentos e alguns materiais básicos, bem como insuficiente número de profissionais adequados. Essa estrutura inadequada interfere na realização das atividades básicas da VE.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de União dos Palmares.

Figura 9 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de União dos Palmares.

6.3.2. Planejamento e programação

O planejamento e a programação das ações de vigilância e controle da esquistossomose são realizados em equipe e conta com a participação da coordenadora de VE e um técnico do Núcleo de Promoção à Saúde, do coordenador de endemias, do supervisor geral e das atividades de campo e de um representante do CMS.

A programação visa cumprir as ações programáticas da PAVS definidas pelo nível federal e estadual.

6.3.3. Supervisão e monitoramento

A supervisão da VE ao município é realizada pela Gerente do programa do nível estadual. O coordenador estadual de endemias supervisionava as operações do PCE nos municípios que fazem parte da microrregião de saúde de sua responsabilidade composta por 6 municípios: União dos Palmares (Sede), Branquinha, Ibateguara, Murici, São José da Laje, Santana do Mundaú.

O instrumento de supervisão utilizado consiste em um relatório de supervisão com roteiro pré-estabelecido, mas o mesmo não foi apresentado ao avaliador.

No município as atividades de controle da esquistossomose são supervisionadas pelo coordenador de endemias, pelo supervisor geral e pelo supervisor de campo. O supervisor de campo dispõe de um instrumento de avaliação do trabalho dos agentes.

6.3.3. Recursos Humanos

De forma geral, os recursos humanos (técnicos de nível médio e superior) para a atuação na esquistossomose são escassos, considerando as inúmeras atividades a serem desenvolvidas, e o remanejamento de profissionais para outros agravos. A maioria dos profissionais possui vínculo efetivo, federal, estatal ou municipal. Apenas 10% são contratos terceirizados e 15% possuem nível superior. 35% dos profissionais têm mais de dez anos de experiência, mas este fato alerta para o fato de muitos estarem perto de se aposentarem (Tabela 6).

Tabela 6 - Formação, vínculo empregatício e tempo de serviço dos profissionais que atuam na VE da esquistossomose no município de União dos Palmares, 2009.

Formação	N	%
Nível superior	3	15
Nível Médio	10	50
Nível Fundamental	1	5
Vínculo empregatício		
Cedido Funasa	7	35
Cargos Comissionados	1	5
Servidor Municipal	4	20
Contrato terceirizado	2	10
Tempo de serviço		
< 2 anos	1	5
$2 \text{ anos} \leq 5$	3	15
6 anos <u><</u> 10	3	15
> 10 anos	7	35
Total	14	70

Na gestão da VE no município a coordenadora de VE conta apenas com uma estagiária e uma digitadora, enquanto que o ideal seria contar com mais um técnico de nível superior e dois de nível médio para dar conta das atividades inerentes à vigilância epidemiológica. Para coordenar as todas as endemias existe um coordenador, um supervisor geral e outro exclusivo para as atividades de controle da esquistossomose.

Para realizar as atividades de campo existem atualmente 5 agentes enquanto que a quantidade ideal seria de 10 profissionais para ampliar a capacidade de trabalho. Na digitação dos dados, o serviço conta com apenas um digitador. A necessidade ideal de profissionais foi definida pelos coordenadores de VE dos níveis estadual e municipal, tendo por base a demanda de trabalho.

6.3.4. Normatização

Nessa categoria, a maioria dos coordenadores e supervisores entrevistados afirmou conhecer e aplicar a legislação vigente. O nível estadual e municipal não possui legislação interna específica e utilizam as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

6.3.5. Assistência Farmacêutica

Quanto à assistência farmacêutica, observou-se que não ocorre a falta de Praziquantel, o medicamento preconizado e distribuído atualmente pelo Ministério da Saúde. Nos dois níveis de gestão, o medicamento Praziquantel para tratamento da esquistossomose em adultos está disponível de forma centralizada. A SES solicita e recebe do MS o medicamento e repassa à SMS, ambas controlam o estoque e dispõem de reserva técnica. Segundo o Sistema de Insumos Estratégicos, no ano de 2009 foram disponibilizados 150.000 (cento e cinqüenta mil) comprimidos de praziquantel para o estado com atendimento de 100% da demanda. O Município não apresentou a demanda de consumo.

No entanto, foi relatada a falta de Oxaminiquina xarope, utilizada no tratamento de crianças, que estava sendo adquirida pelo município, mas como já havia acabado, havia dificuldades para nova compra.

O medicamento não está sendo fornecido pelo Ministério da Saúde por não encontrar fornecedores para a aquisição.

6.3.6. Capacitação

Todas as capacitações são realizadas pelo nível estadual. No ano de 2009 foram programadas duas capacitações para médicos e enfermeiros do PSF, mas nenhuma foi realizada por falta de profissional para ministrá-las. Foram programadas e realizadas 11 capacitações para laboratoristas e ainda, quatro capacitações para 70 digitadores do SISPCE em todo o estado.

No entanto, todos os agentes de campo e laboratoristas entrevistados no município relataram não receber capacitação ou atualização específica para esquistossomose há mais de 5 anos, essa informação é coerente quando se verifica as dificuldades do estado em cumprir as capacitações programadas. Apenas um profissional informou que foram feitas capacitações sobre proteção individual e atualização, mas não específico para esquistossomose.

6.4. Realização das ações de VE

6.4.1. Notificação e investigação

Por se tratar de área endêmica, com um elevado número de casos, os dados sobre a população trabalhada, os exames positivos de portadores de S. mansoni, os tratamentos realizados e não realizados, bem como outras atividades de rotina do programa são registrados no Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose. A Figura 10 apresenta o fluxo da vigilância da esquistossomose no município.

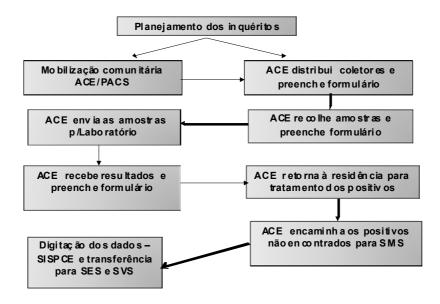


Figura 10 - Fluxo da Vigilância ativa de casos da esquistossomose no município de União dos Palmares.

Apenas os casos de formas graves devem ser notificados no Sinan e investigados. Em 2008 foram notificados apenas três casos confirmados e em 2009 não consta nenhum caso. Esse fato condiz com a limitação da definição de caso da doença que passa por modificações por parte da coordenação nacional do programa no Ministério da Saúde.

Constatou-se que os casos de formas graves não estão sendo notificados no Sinan por problemas na entrada dos dados no campo data da coproscopia (obrigatório), que no caso de formas graves, nem sempre é realizado o exame de fezes. No ano de 2008 foram notificados três casos confirmados e em 2009 não consta nenhum caso. Segundo informações prestadas pela coordenadora municipal de VE, todos os casos

foram investigados regularmente e suas fichas enviadas com regularidade para o nível estadual.

6.4.2. Apoio diagnóstico

Para o diagnóstico coproscópico dos portadores de *S. mansoni*, o município dispõe de um laboratório que é referência no diagnóstico da esquistossomose, segundo a fala dos entrevistados. O laboratório recebe e realiza também pedidos de exames da rede básica. Os exames são realizados especificamente pela técnica de Kato-Katz (quanti e qualitativa), mas há uma laboratorista que faz leitura pela técnica de Hoffman (qualitativa). Esse laboratório realiza ainda, exames para identificação de larvas de *Aedes aegypti*.

Foi verificado *in loco* que a infra-estrutura laboratorial não é adequada. O Laboratório fica situado numa área residencial, num local alugado e não é vinculado a Unidade Básica de Saúde. O piso é de cimento batido com algumas imperfeições, a bancada onde as lâminas são lidas não é de azulejo e não dispõe de sistema de ar condicionado, nem de microcomputador. Todo o processo de identificação e controle de exames é feito manualmente.

O número de microscópios é suficiente (6), mas o número de profissionais não é adequado. São 4 laboratoristas que fazem a leitura de 50 lâminas/dia, pelo método de Kato-Katz.

Os profissionais relataram a falta de EPI's como: jalecos, luvas, máscaras e eventualmente kits diagnóstico. Não há problemas na regularidade da distribuição de kits do nível federal para o estadual, entretanto o laboratório do município não vem recebendo kits novos e tem reaproveitado itens como espátulas e lâminas inúmeras que estavam em péssimo estado.

O supervisor do laboratório possui apenas ensino médio e recebia orientações de um servidor da Funasa que não está mais lotado no município. Não há supervisão técnica de profissional de nível superior. Os profissionais relataram ainda, não concordar com os critérios de avaliação do controle de qualidade realizado pelo Lacen do estado e que a relação era conflituosa.

Há cerca de um ano não há profissional específico para realizar a limpeza do laboratório.

6.4.3. Busca ativa

As atividades de controle da endemia são realizadas em União dos Palmares desde 1977, quando o programa foi implantado. Na atualidade, as atividades se restringem à identificação de portadores de *S.mansoni* por meio de inquéritos coproscópicos e o tratamento.

Cerca de 90% das localidades trabalhadas pelo programa são rurais, em sua maioria sítios, fazendas e povoados. Entre os bairros urbanos trabalhados destacam-se os da Vaquejada, Padre Donald, Da ponte, Jatobá, Roberto C. Araújo e Sagrada Família, que apresentaram no período de 2003 a 2009 índices de positividade entre 15 e 25% (Tabela 7). O último reconhecimento geográfico foi realizado em 2009 e registrou um total de 230 localidades na zona rural e 21 na urbana.

Tabela 7– Número e proporção de localidades trabalhadas. União dos Palmares, 2003 a 2009.

4 = 0	Localidades	Localidades Trabalhadas		
Ano	Programadas	Número	Proporção	
2003	110	110	100,0	
2004	128	97	75,7	
2005	191	141	73,8	
2006	111	111	100,0	
2007	111	76	68,4	
2008	75	75	100,0	
2009	110	110	100,0	
Total	836	720	86,1	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de União dos Palmares

A programação das localidades a serem trabalhadas prioriza as áreas com índice de positividade acima de 10%, retornando após um ano. Quanto aos recursos materiais necessários para realização das atividades de busca ativa, os entrevistados relataram ocorrer eventualmente a falta de materiais como balança, coletores de plástico, etiquetas para identificação e materiais de expediente, além do insuficiente número de agentes para o trabalho.

Os Agentes de Combate de Endemias – ACE e o supervisor de campo ficam alocados numa "base de campo" que fica numa residência (casa) alugada pela prefeitura

e que não oferecia boas condições de infra-estrutura. Eles não dispunham de computadores, nem linha telefônica.

Para as atividades de campo o PCE dispõe de 2 veículos, uma S10, uma saveiro, mais uma moto. Segundo consenso entre coordenador municipal da VE e profissionais seria necessário mais um veículo para agilizar o término dos inquéritos, bem como, aumentar a cobertura. Não foi relatada a falta de combustível.

6.4.4. Tratamentos

O tratamento dos portadores de S. mansoni é realizado de forma supervisionada pelos agentes de combate às endemias — ACE nas residências. Os agentes entrevistavam as pessoas positivas e em caso de contra-indicação as encaminhavam ao serviço de saúde. Quando os portadores não eram encontrados em suas residências, a orientação era dada a um parente para o comparecimento à SMS para receber o tratamento supervisionado. Os pacientes atendidos na rede básica que possuíam receita médica recebiam o medicamento para tomar em casa.

Os resultados deste estudo evidenciaram uma baixa cobertura de tratamento dos portadores de S. mansoni. De 2004 a 2009 o percentual de tratamento se manteve abaixo do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, com exceção do ano de 2006 que apresentou um percentual satisfatório (Tabela 8). O maior percentual de pessoas não tratadas foi registrado em 2005 (26%), isso se deve à falta de adesão da população, por motivo de ausência e contra-indicação.

Tabela 8 – Número e proporção de tratamentos programados e realizados em União dos Palmares, 2003 a 2009.

		Tratamentos	
Ano	Programados	Realizados	
	N	Número	Proporção
2003	3.842	2.871	74,7
2004	2.760	2.037	73,8
2005	2.177	1.604	73,7
2006	2.226	1.827	82,1
2007	2.031	1.127	77,4
2008	1.846	1.337	72,4
2009	1.118	744	66,5
Total	16.000	11.547	72,1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de União dos Palmares.

Foi apontado que a distância entre a residência, geralmente em área rural, e o serviço de saúde dificulta o tratamento. Além do mais as pessoas são carentes, trabalham fora e não tem tempo para ir ao posto de saúde receber o tratamento, e quando comparecem, não encontram médico disponível para o atendimento. Essa questão é delicada uma vez que vem de encontro com o ato médico, que atribui somente a este profissional a prescrição de medicamentos.

A verificação de cura, embora seja recomendada pelas normas técnicas do Ministério da Saúde, não vem sendo realizada nos portadores detectados. Foram relatadas dificuldades operacionais para a não realização desta atividade.

6.4.5. Educação em Saúde

Os agentes entrevistados que fazem a busca ativa de portadores de *S. mansoni* relataram realizar atividades educativas, prestando orientações sobre a doença, os locais com risco de contaminação e importância do tratamento numa linguagem simples e acessível à população. Um dos profissionais entrevistados relatou realizar atividades específicas de educação em saúde e declarou realizar palestras nas escolas, oficinas com professores, além de conversar com os agentes comunitários sobre a esquistossomose no município.

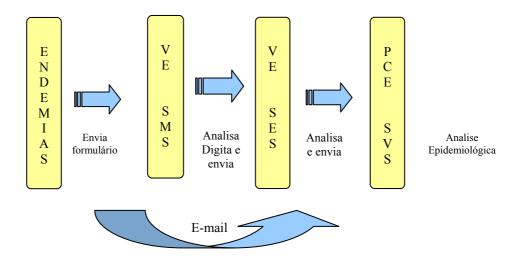
Os profissionais não dispõem de material educativo atualizado como folders, cartilhas e cartazes. Apenas um agente apresentou um folder xerocado em papel A4, muito antigo e sujo. Todos esses fatores influenciam numa baixa pontuação para este item avaliado.

6.4.6. Informação

Os casos positivos de portadores de *S. mansoni*, bem como as atividades de rotina do programa são registrados no SISPCE. O Sistema está implantado desde 1997 e dispõe de um técnico no estado, que analisa, corrige as inconsistências, consolida os dados digitados no município e repassa mensalmente ao nível central do programa na SVS. Esse profissional também dá suporte aos técnicos do município e realiza capacitações aos digitadores.

As informações produzidas pela VE no âmbito municipal são divulgadas por meio de boletins impressos.

O repasse dos dados é realizado por meio de correspondência eletrônica (e-mail) em todos os níveis (Figura 11). A periodicidade do envio dos dados é mensal, mas frequentemente ocorre o atraso, gerando defasagem para o nível central, devido o fato de só haver um digitador no município para todas as endemias o que atrasa o envio dos dados.



Fonte: Entrevistas SMS e SES

Figura 11 – Fluxo de dados do Sistema de informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose.

Na gestão municipal há carência de computadores, impressoras e linhas telefônicas exclusivas para a coordenação de VE e de endemias. No laboratório e na unidade de trabalho de campo não há computador e a consolidação dos dados é feita manualmente.

A implantação das Ações de VE e de Controle da esquistossomose foi considerada parcial conforme a proporção obtida (60,7%). Note-se que mesmo com a baixa pontuação, nas categorias de capacitação, educação, e informação e apoio diagnóstico, a pontuação ficou próxima de ser considerada satisfatória (Quadro 14), o que evidencia que as ações de controle da doença no município, considerando todas as dificuldades encontradas, atende os objetivos a que se propõe ainda que reconhecidamente necessite de implementações.

Quadro 14 - Matriz de Julgamento do Contexto de Implantação das ações de VE e controle da esquistossomose.

Dimensão/Categoria	Pontuação Máxima	Pontuação obtida	Proporção (%)
Contexto de Implantação	135	81,9	60,7
Gestão da VE	66	38,4	58,2
Estrutura da Vigilância em Saúde	6	6	100,0
Planejamento e Programação	8	7,2	90,0
Supervisão e Monitoramento	8	6	75,0
Recursos Humanos	15	7,5	50,0
Normatização	9	6	66,7
Assistência Farmacêutica	5	5	100,0
Capacitação	15	0,7	4,7
Realização de Ações da VE	69	43,5	63,0
Notificação e investigação	9	6	66,7
Apoio Diagnóstico	12	7,5	62,5
Busca ativa	15	12,3	82,0
Tratamentos	10	6,6	66,0
Educação	7	4	57,1
Informação	16	7,1	44,4

7. DISCUSSÃO

Este estudo incorporou os componentes de estrutura e processo presentes na avaliação normativa e a análise de implantação da pesquisa avaliativa com o objetivo de avaliar as ações de vigilância epidemiológica e de controle da esquistossomose no Município de União dos Palmares.

A estratégia metodológica adotada permitiu avaliar a intervenção considerando os recursos necessários e disponíveis para atingir os resultados esperados; as atividades que estão sendo realizadas, bem como a influência dos contextos externo, organizacional e político, nos quais está inserida a Vigilância Epidemiológica e o Controle da esquistossomose. Foram utilizados como base e padrão as diretrizes técnicas de Vigilância e Controle da Esquistossomose do Ministério da Saúde e os conceitos atuais de Vigilância em Saúde, o papel conferido à União, aos Estados e aos Municípios por meio da Portaria 3.252 de 22/12/2009.

Como as intervenções para a Vigilância e o Controle da Esquistossomose compreendem vários componentes, o foco da avaliação foi delimitado nos componentes de gestão da VE e nas ações de controle da morbidade realizadas em uma área historicamente endêmica.

Um aspecto positivo e facilitador do estudo foi a adesão de 100% dos profissionais às entrevistas, que aceitaram participar do estudo e contribuir na pactuação da valoração dos critérios e indicadores.

Em relação ao quadro epidemiológico da endemia em União dos Palmares, cabe esclarecer inicialmente, que o indicador epidemiológico utilizado pelo PCE para representar a magnitude da esquistossomose é o percentual de positividade de portadores de *S. mansoni*. Como explica Menezes (2005), esse indicador não reflete necessariamente a prevalência por não considerar em seu denominador a totalidade da população sob risco, mas sim, a população trabalhada nos inquéritos coproscópicos por meio da atividade de busca ativa. Pode ser considerada uma aproximação da prevalência, especialmente em populações menores, como as existentes na maioria das localidades trabalhadas pelo programa.

A partir da implantação do Programa, houve uma significativa redução do índice de positividade, passando de 24,1% em 1977, para 8,6% em 2009. No entanto, o

programa não tem conseguido reduzir ainda mais essa prevalência, devido à ausência de ações complementares para o controle da transmissão como o controle dos hospedeiros intermediários, educação em saúde e articulação com outros órgãos para o desenvolvimento de ações em saneamento ambiental, de caráter sustentável.

Apesar do pequeno número de internações e de óbitos por esquistossomose no Município, não possibilitar uma análise mais precisa, verificou-se uma redução desses indicadores.

Em relação ao contexto externo, que descreve a situação local, destacando os aspectos que podem facilitar ou dificultar a permanência da endemia, foi observado que o município possui uma alta densidade demográfica com populações habitando locais com condições ambientais que favorecem a disseminação da esquistossomose, como a presença de coleções hídricas com a presença comprovada de caramujos infectados por *Biomphalaria glabrata* (Couto, 2005), além de condições sócio-econômicas desfavoráveis.

A incidência de pobreza no município é elevada e o município possui um IDH abaixo da média do País. Apenas 27% da população estão empregadas com uma baixa renda média mensal, quando comparada a do Estado e do País.

Em relação à escolaridade, o município ainda apresenta uma elevada taxa de analfabetismo, maior que as encontradas no estado, e a população com 10 anos ou mais de idade representam apenas 14% da população total.

Esses aspectos sócio-econômicos, aliados a tantos outros não abordados neste estudo, colocam o município no 34º lugar no estado e na 4.658º posição, no ranking de desenvolvimento do País. Esses indicadores também foram mencionados no estudo de Noronha & Barreto (1995) como fatores de risco para a esquistossomose.

Os resultados das análises dos dados disponíveis sobre a estrutura de saneamento domiciliar obtidos pelos Censos do IBGE evidenciaram um incremento nessas estruturas quando comparados os períodos de 1980 a 2009, que coincide com o decréscimo dos índices de positividade da doença. No entanto, pouco foi investido em obras de engenharia sanitária. Ressalta-se a importância do saneamento como medida que cria condições permanentes para o controle da esquistossomose como afirma Katz & Almeida, (2003).

Em estudo sobre a esquistossomose em grande área endêmica Carmo (1994), atribui a limitação de investimentos em saneamento à indisponibilidade de recursos, ficando esta medida sempre em último plano.

Além desse quadro desfavorável na estrutura de saneamento, foi observado ainda, nos trabalhos de campo (Anexo IX), que algumas pessoas que residem em áreas periurbanas, próximas a riachos e rios, mesmo com água encanada em casa, possuem o hábito de lavar roupas, louças e pescar nesses locais. E ao lado das mães, os filhos brincam na água e depositam dejetos nas margens, constituindo um cenário favorável à disseminação da doença, exaustivamente relatado na literatura (Passos & Amaral, 1998, Parise-Filho & Silveira, 2001).

Com referência à estrutura de saúde, mesmo sendo Sede de módulo assistencial e da 5ª região de saúde, o município possui uma estrutura precária, apresentando limitações quanto à oferta de serviços de média e alta complexidade para a população do seu município e de outros que compõem a região conforme propõe o PDR de Alagoas. Isso ficou evidenciado quando se analisou número e tipos de estabelecimentos públicos e a pequena proporção de unidades de saúde, hospitais e leitos públicos para atendimento da população.

A cobertura atual da Estratégia de Saúde da Família, e do PACS é satisfatória quando comparada a média da região nordeste. Quanto ao PCE, apesar das limitações, este também consegue alcançar uma boa cobertura das localidades rurais sendo menor nas áreas urbanas. Destaca-se que a cobertura do PCE depende dos recursos financeiros, humanos e materiais disponíveis para realização das atividades de controle.

Em relação ao contexto de implantação das ações, que para efeito desta avaliação, foi subdividido em dois componentes: gestão da VE e realização das ações de VE onde foram identificadas diversas dificuldades.

Quanto a categoria, estrutura da Vigilância em Saúde, mesmo apresentando um organograma bem definido em ambos os níveis, alguns problemas devem ser destacados: o primeiro se refere ao nível municipal, onde existe uma lacuna entre a coordenação de endemias e de VE. No organograma a VE e endemias aparecem no mesmo nível hierárquico, o que demonstra que a Coordenação de endemias não está inserida na VE. As atividades anuais são programadas pelos profissionais das endemias,

sem participação da VE. Isso traz implicações como afirma Silva Jr. (2004), quando a vigilância e programas não estão integrados, não há garantia de que a epidemiologia procure exatamente as informações necessárias para subsidiar a ação. Assim, também não é assegurado que os programas se organizem com base nas recomendações produzidas pela epidemiologia.

Outro importante problema diz respeito à falta de equipamentos e além de linhas telefônicas exclusivas e recursos humanos, este último evidenciado pela falta de autonomia do gestor para contração de pessoal.

Com relação à intersetorialidade tanto no nível gerencial quanto na organização do serviço, foi encontrada uma integração inexpressiva e não sistematizada entre Vigilância e a Atenção Primária. Isso ficou evidente nas entrevistas, pela falta de planejamento compartilhado entre os dois programas. No entanto, algumas iniciativas têm sido feitas, embora de forma esporádica e não sistematizada, por iniciativa da gerente que atua no nível estadual. As ações no nível local, na maior parte das vezes, são realizadas de forma isolada por iniciativa de algum profissional.

Nesse ponto, ressalta-se que a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária em Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, conforme estabelecido na Portaria/MS 3.252, de 23/12/09.

No que se refere às categorias avaliadas no componente de gestão foram identificados, dentre as principais dificuldades, a não participação das coordenações na decisão sobre a proporção de recursos aplicados no controle da esquistossomose. Essa participação se restringe a programação das atividades, uma vez que a gerência do PCE tem melhor conhecimento sobre as necessidades do programa, mas foi relatada a falta de prioridade do agravo por parte dos gestores, tanto no nível estadual como municipal.

A atividade de supervisão da VE ficou comprometida uma vez que é exercida por um único profissional em todo o estado. No nível operacional do PCE, também um único supervisor responde por 6 municípios, o que dificulta o cumprimento da programação proposta. Quanto ao monitoramento dos indicadores do PCE, os coordenadores da VE, do estado e do município só conseguem priorizar as metas

propostas na PAVS preconizadas pelo Ministério da Saúde, devido à sobrecarga de trabalho e escassez de recursos.

De forma geral, os recursos humanos para a atuação na esquistossomose são escassos, considerando as inúmeras atividades a serem desenvolvidas. Como ponto positivo, a maioria dos profissionais possui vínculo efetivo e como ponto negativo a ausência de programa de capacitação e atualização desses profissionais, principalmente os que realizam o trabalho de campo.

No que se refere à categoria normatização, mesmo com o conhecimento e aplicação das normas do Ministério da Saúde, o nível estadual e municipal não possui legislação interna complementar, que implica em estabelecer as especificidades locais para o controle do agravo e colocá-las à disposição dos profissionais que as utilizam conforme afirma Menezes (2005).

Na categoria informação, destaca-se a importância que os Sistemas de Informação desempenham para os programas, pois munidos das informações sobre a doença, os estados e municípios terão condições de adotar de forma ágil, medidas de controle, planejamento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Waldman, 1998). Para tanto, o município necessita de recursos mínimos como computadores, impressoras, e outros materiais básicos não disponíveis de forma adequada.

Ainda sobre essa categoria Farias et. al. (2007) e Pieri & Favre (2007), consideram que o cuidado com os dados garante estimativas confiáveis sobre a situação da doença. No entanto, o envio dos dados para o nível estadual nem sempre obedece ao tempo preconizado, e consequentemente para o nível federal.

Um dos aspectos relevantes no controle da esquistossomose diz respeito à atividade de busca ativa, onde o programa não tem conseguido cobrir 80% das localidades conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, ficando abaixo de 60% no período analisado. A carência de recursos humanos, veículos e materiais básicos foram apontados como limitantes do trabalho.

Quanto ao apoio diagnóstico da esquistossomose, o município conta com um laboratório específico e de referência para realização dos exames, mas necessita investir numa melhor estrutura física laboratorial, bem como providenciar equipamentos básicos

de proteção individual aos profissionais. É necessário articular com o Estado o envio de kits novos ao município, uma vez que não há falta desse insumo.

Outro aspecto muito relevante detectado neste estudo foi a baixa cobertura de tratamento dos portadores de S. mansoni que se manteve abaixo do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. A dificuldade de deslocamento das pessoas positivas e a indisponibilidade de médicos para o atendimento podem ter contribuído para essa baixa cobertura. Essa questão é delicada uma vez que vem de encontro com o ato médico, que atribui somente a este profissional essa atividade e já foi apontada em estudo semelhante (Quinino et.al, 2009).

É necessário um empenho conjunto da Coordenação de Vigilância Epidemiológica e da Coordenação de Informação, Educação e Comunicação do município para realização de atividades de educação em saúde para o agravo esquistossomose, de forma contínua, bem como a confecção de material didático para este fim. Destaca-se que a criação de materiais educativos é outro ponto importante que faz parte dos processos de educação em saúde, pois possibilita a construção compartilhada do conhecimento, tornando a informação científica acessível à população e, considerando o saber da mesma (Schall, 2008).

Embora este estudo tenha evidenciado algumas fragilidades e potencialidades da vigilância epidemiológica municipal e estadual, o modelo lógico utilizado e a matriz de indicadores utilizados não devem ser considerados instrumentos definitivos, devido a complexidade do objeto avaliado.

7.1 Limitações do Estudo

Quanto ao uso de dados secundários oriundos dos Sistemas de Informações utilizados, um ponto limitante é a defasagem dos dados. Especificamente em relação ao SISPCE, existe uma morosidade no repasse dos dados para o nível central, o que implicou na consulta e análise de algumas planilhas impressas para atualização dos dados.

Em relação à coleta de dados primários, implicou custos elevados e maior disponibilidade de tempo, principalmente na aplicação das entrevistas que foram todas realizadas pelo pesquisador.

Embora as questões do roteiro, que envolvem variáveis subjetivas e difíceis de quantificar sobre os contextos, estrutura e processos de trabalho estejam sujeitas a vieses ligados à percepção dos entrevistados, isso não comprometeu os resultados do estudo, bem como o fato das entrevistas não terem sido gravadas.

Não foi possível entrevistar profissionais que atuam nos núcleos de vigilância, que recebem e notificam e as formas graves da doença, pois não existe um núcleo instituído formalmente, o que dificultou o acesso a esses profissionais. Também não foi possível entrevistar profissionais das Equipes de Saúde da Família, por ter sido informada na visita inicial de sondagem, que o trabalho para o controle da esquistossomose no município era realizado basicamente pelo grupo de agentes de combate às endemias.

Foi necessária habilidade e paciência do pesquisador, para encontrar as pessoas responsáveis pelo fornecimento das informações nas visitas às instituições para coleta de dados. As informações sobre saneamento são de difícil acesso. Nos órgãos visitados, pouco foi informado, sem o fornecimento de documentos. Nos sites oficiais sobre o assunto, também não foi obtido dados específicos para o município.

8. RECOMENDAÇÕES

Com base nos achados desse estudo foram sugeridas algumas recomendações sistematizadas por nível de gestão do programa, com vista à melhoria da qualidade das ações avaliadas. Essas recomendações são apresentadas a seguir:

Em relação à Vigilância Epidemiológica da esquistossomose no município

- Fortalecer a discussão sobre a prioridade do controle da esquistossomose no Conselho Municipal de Saúde, enquanto relevante problema de saúde pública no Município.
- Sensibilizar os gestores do município sobre as necessidades de infra-estrutura em saúde e saneamento domiciliar e ambiental adequados para dar sustentabilidade às ações de vigilância epidemiológica da esquistossomose.
- Desenvolver estratégias para melhorar a integração entre as equipes de endemias e da atenção primária para intensificar o trabalho de busca ativa e atingir a meta de tratamento dos casos positivos nos inquéritos.
- Buscar parceria com a Coordenação de Educação em Saúde para incentivar e possibilitar a participação efetiva da comunidade nas ações de vigilância da esquistossomose, inclusive nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde.
- Prover equipamentos de proteção individual básicos como jalecos, luvas para o laboratório conforme as normas vigentes, bem como insumos básicos, tais como recipientes para coleta de amostras de fezes e material de expediente.
- Necessidade de aquisição em quantidade adequada de material didático para as atividades educativas específicas para a prevenção da esquistossomose.
- Realizar, em parceria com a SES capacitação e atualização dos profissionais que atuam na VE da esquistossomose.

Tendo em vista a gestão compartilhada da Vigilância em Saúde em seus diferentes níveis e para o cumprimento das recomendações feitas ao município é necessário também, que a Vigilância Epidemiológica da esquistossomose no nível estadual atente para suas responsabilidades quanto à coordenação e apoio ao município no fortalecimento da gestão da vigilância em Saúde, em especial no que se refere a:

- Incluir na rotina a emissão de relatórios com análise epidemiológica produzida mediante os dados fornecidos pelo município motivando a sua divulgação, inclusive para a população interessada.
- Produzir normas internas considerando as especificidades locais da doença.
- Intensificar as iniciativas para promover a integração do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose com a Atenção Primária e com a Vigilância Ambiental.
- Desenvolver estratégias para melhorar a integração com a atenção primária no nível gerencial e operacional.
- Primar pelo cumprimento dos prazos estabelecidos pelo nível federal para o envio dos dados pelos municípios por meio do sistema de informação.
- Incrementar o número de capacitações que contemplem os profissionais que atuam na VE e as equipes da rede de atenção primária dos municípios nas áreas de Diagnóstico laboratorial da esquistossomose, Atualização em epidemiologia e Clínica, medidas de prevenção e controle.
- Investir na produção de material técnico e didático atualizado para os profissionais e para as atividades de educação em saúde.
- Articular com o Lacen do estado para verificar as condições físicas do laboratório municipal, e avaliação de normas e fluxos técnico-operacionais.
- Aperfeiçoar o gerenciamento e abastecimento de Kits Kato-katz para o município, bem como verificar as necessidades de outros materiais como: recipientes, jalecos, luvas.

9. CONCLUSÃO

Os resultados do estudo evidenciaram uma implantação parcial das ações de Vigilância Epidemiológica e controle da esquistossomose no município, influenciada pelo desenvolvimento também parcial do Contexto Externo, caracterizado pelas condições sócio-econômicas e ambientais favoráveis à transmissão e permanência da endemia, onde os recursos para o controle são escassos.

Em relação ao contexto organizacional e político em Alagoas, as ações de Vigilância epidemiológica da esquistossomose são centralizadas no nível estadual. Isso se torna um problema quando se verifica a insuficiência de profissionais para o gerenciamento, planejamento e supervisão das atividades realizadas pelos municípios.

A atuação da VE estadual e municipal não valoriza os dados produzidos como fonte de informação para análises epidemiológicas e reformulação de estratégias de controle mais adequadas para o enfrentamento da doença.

Quanto à categoria de informação o maior problema identificado refere-se ao fluxo dos dados, que ultrapassa o prazo estipulado pelo nível estadual e federal e a falta de computadores e impressoras.

O Município executa as ações de Vigilância epidemiológica e Controle da esquistossomose dentro das suas possibilidades e limitações, priorizando as localidades com prevalência acima de 10%. No entanto, foi observado que a vigilância epidemiológica comete falhas no cumprimento das atividades relacionadas ao acompanhamento sistemático, processamento, análise, interpretação, recomendações e disseminação das informações com o propósito de aprimorar as ações de controle da doença no nível local.

As atividades de busca ativa e de tratamento dos portadores de *Schistosoma mansoni* são realizadas em sua maioria, por agentes de endemias experientes oriundos da Funasa e pelos agentes comunitários de saúde. Ressalta-se a importância do trabalho desses profissionais que trabalham com dedicação, mas em condições precárias. No entanto, essa atuação ocorre de forma isolada e dissociada dos demais profissionais de saúde locais, inclusive da Vigilância Epidemiológica que tem como objetivo analisar os dados produzidos pelos trabalhos de campo.

Os principais pontos ressaltados pelos entrevistados dizem respeito à falta de capacitação e atualização dos profissionais, insuficiência de materiais básicos como EPI's, recipientes de coleta, material de divulgação e educação; e uma infra-estrutura laboratorial precária.

A análise dos indicadores epidemiológicos evidenciou a redução do percentual de positividade da esquistossomose no município ao longo dos anos, o que condiz com a realização anual das atividades, ainda que não na sua totalidade e com a melhoria das condições sócio-econômicas e ambientais da população do município evidenciada nos indicadores avaliados. Entretanto, ainda são encontradas localidades com altas prevalências, bem como a persistência de condições urbanas, sociais e ambientais de transmissão em praticamente todo município.

As dificuldades gerenciais e operacionais do programa apontadas no estudo influenciaram na classificação do contexto de implantação como parcialmente implantado, e colocam a questão da sustentabilidade da redução da prevalência da esquistossomose como um dos grandes desafios para o PCE em União dos Palmares.

O modelo lógico de avaliação utilizado neste estudo, considerando as limitações apresentadas, permitiu o pleno cumprimento dos objetivos propostos e pode servir de suporte para a formulação de um modelo de auto-avaliação a ser utilizado pelos profissionais que atuam na vigilância da esquistossomose com vista à melhoria e readequação das ações de vigilância e controle da esquistossomose desenvolvidas no município.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M. I. N; CARVALHO, E. M. F; LIMA, L. P. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. Rev. Bras. Saúde matern. infantil. Recife, 2 (1): 7-14, jan-abr., 2002.

AMARAL, R. S. & PORTO, M. A. S. Evolução e situação atual da Esquistossomose no Brasil. Revista da Sociedade brasileira de Medicina Tropical, v.27, p. 73 – 90. 1994.

ANDRADE, M. E. B. Geografia Médica: origem e evolução. In: Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais. (BARATA R. B., & LEON-BRICEÑO, R., Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000.

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO. Banco de dados eletrônico. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em http://www.pnud.org.br/atlas/

BARBOSA, C. S. et. al . Esquistossomose: reprodução e expansão da endemia no Estado de Pernambuco no Brasil. Rev. Saúde Pública, 30 (6): 609-16, 1996.

BARBOSA, C. S; BARBOSA, F. S. Padrão epidemiológico da esquistossomose em comunidade de pequenos produtores rurais de Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 1998, vol.14, n.1, pp. 129-137.

BARCELOS, C. C; SABROZA, P.C; PEITER, P; ROJAS, L. J. **Organização Espacial,** Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. Informe Epidemiológico do SUS, volume 11, nº 3, julho/setembro 2002.

BARRADAS R. C. B. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. In: Anais do I Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica; 1992 dez 1-4; Brasília, DF, Brasil. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia; 1993. p. 463-8.

BARRETO, M. L. et. al. Migration and Spred of S.mansoni Infection in a Urban Place in Northeast Brazil. Final Report to TDR/OMS, Salvador: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal da Bahia (Mimeografado) 1992.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.** Diário Oficial da União (DOU) 20 de set. 1990; Seção 1 (Pt 1): 18055-9.

BUCK, C. L., et al. El Desafio de La Epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas. p. 431-436. Washington DC: 1988.

CARMO, E. H. BARRETO, M. L. Esquistossomose mansônica no Estado da Bahia: Tendências históricas e medidas de controle. Cadernos de Saúde Pública, 10:425-439. Rio de Janeiro,1994.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention), **Framework for program evaluation in public health.** MMWR, 48 (RR11): 40pp. 1999.

COUTO, J.L.A. et. al. **Esquistossomose mansoni em duas mesorregiões do Estado de Alagoas**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 38(4):301-304, julago, 2005.

COURA. J. R; AMARAL. R. S. Control Aspects of Schistosomiasis in Brazilian Endemic Áreas. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 99(Suppl. I): 13-19, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A.P; CHAMPAGNE, F; DENIS, J.R & INEALUT, R. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: HARTZ, ZMA (org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. pp. 29-47. 2002.

CZERESNIA, D; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16, n.3, Sept.2000. Acesso em 25 Mar. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000300002&lng=en&nrm=iso

DIAS, J. C. P. Participação comunitária no controle de endemias – Esquistossomose mansoni. In: Doenças endêmicas: Participação, descentralização e controle de endemias no Brasil abordagens sociais, culturais e comportamentais. (BARATA R. B., & LEON-BRICEÑO, R., org.); p 277-280. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000.

DENIS, J. L. & CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A, (Org) Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. p.p. 49-88. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2002.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. Science 200, 1978.

ENGELS D; CHITSULO L; MONTRESOR A; SAVIOLI L. The global epidemiological situation of schistosomiasis and new approaches to control and research. Acta Tropica 2002; 82(2):139-46.

FARIAS, L. M. M; RESENDES, A.P.C; SABROZA P.C; SOUZA-SANTOS R. Análise preliminar do Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose no período de 1999 a 2003. Cardernos de Saúde Pública, 2007; 23 (1): 235-239.

FELISBERTO, E. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999. Recife: 2001. 92 p. Dissertação (mestrado) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz.

FERREIRA, M. U. Epidemiologia e Geografia: O Complexo Patogênico de Marx Sorre. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, vol. 7, n. 3, p. 301-309, jul.set. 1991.

FOSSAERT D. H; LOPIS, A, TIGRE C. H. **Sistemas de vigilância epidemiológica**. Bol Ofic Sanit Panam 1974; 76: 512-25.

FRITSCHE, T. R., SMITH, J. W. Parasitologia médica. In: HENRY, J. B. Ed. Diagnósticos clínicos e tratamento por métodos laboratoriais. 10 ed. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1999. Cap.53, p.1292-1293.

GALVÃO, N.D et. al. Vigilância epidemiológica no plano de intensificação das ações de controle de malária no estado de Mato Grosso: estudo de caso. Ciência & Saúde Coletiva, 13(6): 1933-1944, 2008.

GLACKEN, C. J. **Traces on the Rhodian Shore**: Nature and Culture in western thought from ancient times to the end of the Eighteenth Century. Berkeley/London: University of California Press, 1990. 763 p.

HARTZ, Z. M. A; CONTANDRIOPOULOS, A. P; CHAMPAGNE, F; LEAL, MC. Avaliação do programa materno infantil: análise da implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. IN: HARTZ, ZMA (org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002; p. 89-125. 1997.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de Saúde: perspectivas teóricometodológicas e político-institucionais. IN: *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2): 341-353. 1999 b.

HASSUM, I. C; VALLADARES, G. S. Pedologia e SIG na estimativa de áreas de risco de contaminação por *Schistosoma mansoni* na Bacia do Rio Coruripe, Alagoas. Comunicado Técnico n. 22 Embrapa. ISSN 1415-2118. Dezembro, 2006. Campinas, São Paulo.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística. **Perfil dos municípios brasileiros**. Censo 2000. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/munic2008/>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados do município de União dos Palmares. Contagem da população 2007. Agência União dos Palmares. Alagoas. 2009.

KATZ, N; ALMEIDA, K. **Esquistossomose, Xistosa, Barriga d'água**. Ciência & Cultura, v. 55, n. 1. São Paulo. Jan/mar, 2003. p. 652-656.

KATZ, N; PEIXOTO S. V. Análise crítica da estimativa do número de portadores de esquistossomose mansoni no Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 33(3):303-308, mai-jun, 2000.

KATZ. N. **Schistosomiasis control in Brazil**. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v.93. suppl..1. p.33-35, 1998.

KATZ, N; CHAVES, A; PELLEGRINO, J. A simple device for quantitative stool thick-smear techniquie in schistosomiasis mansoni. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo JCR, São Paulo, v. 14, n. 6, p. 397-400, 1972.

LACAZ, C. S.; BARUZZI, R. G; SIQUEIRA Jr., W. Introdução à Geografia Médica do Brasil. São Paulo: EDUSP, 1972. 568p

LAMBERTUCCI, J.R; SERUFO J.C. **Esquistossomose Mansônica**. In: Gayotto LCC & Alves VAF (Eds) Doenças do Fígado e Vias Biliares. Editora Atheneu, São Paulo, PP 815-835.2001.

LAMBERTUCCI, J.R; SILVA, L. C. S; VOIETA, I. **Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias**. Editor José Rodrigues Coura. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LIMA, V. L. C., 1993. **Esquistossomose no Município de Campinas**. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas.

MENEZES, M. J. R. Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica da esquistossomose no Estado da Bahia. 155p. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro. 2005.

MEDINA, M.G, Silva G. A. P, AQUINO, R; HARTZ, Z. M. A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA e Vieira-da-Silva, L.M, (org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância epidemiológica. 6 ed. p.297. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2005. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância e Controle da esquistossomose: diretrizes técnicas. Brasília. 2010. Prelo. . Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa. Brasília, 2005. .Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. .Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa de Vigilância e Controle da esquistossomose (PCE).

Vigilância e Controle de Moluscos de Importância Epidemiológica. Diretrizes

Técnicas. 2. ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. 2008.

_____.Portaria N° 3.252, de 22 de dezembro de 2009. **Aprova as Diretrizes para** execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, **Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.** DOU 245. p. 65-69. Seção 1 de 23/12/09.

______.Portaria N° 1.007, de 4 de maio de 2010. **Define critérios para regulamentar** a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. DOU 84. p.36-37. Seção 1 de 05/05/2010.

NATAL. S; PENNA, M. L. F; HARTZ, Z; SANTOS, E. M, SABROZA, P. Avaliação do Programa de controle da tuberculose: estudo de casos municipais/estaduais na Amazônia legal. Boletim Pneumologia Sanitária, 12(2):91-110. 2004.

NORONHA, C.V; BARRETO, M. L., et.al. Uma concepção popular sobre a esquistossomose mansônica: Os modos de transmissão e prevenção na perspectiva de gênero. Cad. Saúde. Públ. Rio de Janeiro, 11(1): 106-107, jan/mar,1995.

OLIVEIRA, L. G. D; NATAL, S e SANTOS, E. M. Avaliação de implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ. Revista Brasileira de Pneumologia Sanitária 15(1): 31. 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Comité de Expertos de la OMS en Prevención y Control de la Esquistossomiasis y las Geohelmintíases Transmitidas por el Suelo: informe de un comité de expertos de la OMS.Ginebras, Suiza.2001.

PARISE FILHO, R; SILVEIRA, M.A.B. Panorama atual da esquistossomíase no mundo. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. V.37, nº 2, mai/ago., 2001.

PASSOS, A.D. C. & AMARAL, R. S. Esquistossomose mansônica: aspectos epidemiológicos e de controle. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v.31, Supl. II, p.61-65. 1998.

PATTON, M. Qualitative evaluation and research methods (pp. 169-186). Beverly Hills, CA: Sage. 1990.

PELLON A.B, TEIXEIRA I. O Inquérito Helmintológico Escolar em cinco estados das regiões Leste, Sul e Centro-Oeste. Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde, Divisão de Organização Sanitária. In: XI Congresso Brasileiro de Higiene. Curitiba, 1953.

PIERI, O. S; FAVRE, T. C. Incrementando o programa de Controle da Esquistossomose. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(7): 1733-1734, jul, 2007.

QUININO, L. R. M; COSTA, J. M. B. S; AGUIAR, L.R; BARBOSA, S. B. Avaliação das atividades de rotina do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios da Região metropolitana do Recife, Pernambuco, entre 2003 e 2005. Rev. Epidemiologia em Serviços de Saúde. Brasília, 18(4); 335-343, out-dez 2009.

RASKA, K. National and international surveillance of communicable diseases. WHO chrom, 20:315-21, 1966.

REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1999.

SABROZA, P.C; LEAL, M. C. **Saúde, ambiente e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1992.

SANTANA, S. V.; TEIXEIRA, M. G. & SANTOS, C. P. Avaliação das ações de controle da infecção esquistossomótica na localidade de Cachoeira - Bahia, Bacia do paraguaçu — 1982-1992. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 29:185-195. 1996.

SANTOS, M. Metamorfoses do espaço habitado, fundamentos teórico e metodológico da geografia. Hucitec. São Paulo 1988.

SANTOS, E. M; HARTZ, Z; NATAL, S; SABROSA, P. C.; BARBOSA, A; PASCON, A. R. Avaliação dos programas de controle da malária, dengue, tuberculose e hanseníase na Amazônia Legal: uma proposta de concepção teórica e metodológica comum aos processos endêmicos. In: Elizabeth Moreira dos Santos; Sonia Natal. (Org.). Dimensão técnico-operacional. Unidade didático-pedagógica: modelo lógico do programa (Série: Ensinando Avaliação, v.2)., v., p. 75-81. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

SCHALL, V. T.; MASSARA, C. L; DINIZ, M. C. P.Educação em Saúde no Controle da Esquistossomose: uma visão multidisciplinar. In: O. S Carvalho, PMZ Coelho & HL Lenzi. (Org.). Schistosoma mansoni & Esquistossomose. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008, v., p. 1029-1079.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005, v.5, 138p.

SILVA, L. J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 13, n.4, p.585-593, out./dez. 1997.

SILVA-JR, J. B. Epidemiologia em Serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema nacional de Vigilância em Saúde. (Tese de doutorado) Campinas. São Paulo. p.50-70.2004.

TAUIL, P.L. Controle de agravos à saúde: consistência entre objetivos e medidas preventivas. Informe Epidemiológico do SUS, VII (2), Brasília, 1998.

THACKER S. B; BERKELMAN R. L. Public health surveillance in the United States. Epidemiol. Rev. 1988; 10: 164-90.

VIEITES, R.G; FREITAS, I.A. Pavlovsky e Sorre: Duas importantes contribuições à Geografia médica. Revista eletrônica Ateliê Geográfico. Goiânia. V.1, n.2, dez/2007.p. 187-201.

WHO (World Health Organization). Schistosomiasis. 2007. Homepage. Disponível em:

http://www.who.int/schistosomiasis/en

WALDMAN E. A. **Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública** (tese de doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1991.

WALDMAN E. A. As concepções de vigilância como instrumento de saúde pública e a implantação do SUS. In: Anais do I Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica; 1992 dez 1-4; Brasília, DF, Brasil. Brasília, DF; Fundação Nacional de Saúde - Funasa, Centro Nacional de Epidemiologia - Cenepi; 1993. p.45-51.

WALDMAN, E. A. **Usos da Vigilância e da monitorização em Saúde Pública.** Informe Epidemiológico do SUS, VII: 7-26. 1998.

YIN, R. K. **Estudo de caso: projetando estudo de caso**. Porto Alegre: Brookman, p.39-97.2001.

YIN, R. K. Case study designs for evaluating high-risk youth programs: the program dictates the design. IN: Applications of Case Study Research. Newbury àrl. CA: sage Publications, pp.77-93. 1993.

YIN, R.K. Case Study Research: Designs and Methods. 2nd. Ed. 153p. 1994.

11. ANEXOS





Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa para realização de dissertação de Mestrado Profissional promovida pela Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz, com o tema: Avaliação da Implantação das Ações de Vigilância Epidemiológica da Esquistossomose: um estudo de caso no município de União dos Palmares, AL.

Você foi selecionado por ser informante-chave e estar inserido na vigilância epidemiológica da esquistossomose. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo principal deste estudo é avaliar o grau de implantação das ações de Vigilância epidemiológica da esquistossomose no Município de União dos Palmares.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista e responder algumas perguntas para caracterizar o perfil dos gestores e profissionais e coletar dados para avaliar como as ações do programa estão sendo realizadas.

Os benefícios relacionados com a sua participação visam a melhoria dos processos de trabalho inseridos na rotina do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose, além de fornecer subsídios ao gestor para a tomada de decisão.

Sua identificação pessoal será mantida em sigilo e os resultados serão divulgados de forma agregada e consolidada para o Município. Contudo, pode haver risco de sua identificação vinculada ao cargo que ocupa. Os dados obtidos, inclusive as entrevistas respondidas serão guardados pelo pesquisador por 5 anos e não existe risco decorrente da sua participação.

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

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do participante

Jeann Marie da Rocha Marcelino Pesquisadora Secretaria de Vigilância em Saúde- SVS/MS Setor Comercial Sul, Quadra 4, Bloco A, 2° andar Brasília/DF

Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca Comitê de Ética em Pesquisa Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo CEP: 21041-210Manguinhos- RJ

Anexo II - Instrumento de Coleta de dados 1

Id	lentificac	cão	dos	determinantes	contextuais	- Ro	teiro	de e	ntrevista	com	Gestor
_,	* CII CII I C CC 9	, ac	400	accontinuo	Controlle		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		11010 11500	COLL	COUCI

Nome:			
Cargo/l	Funç	ão:	
Data:	/	/	

- 1) Qual o tipo de Gestão Municipal segundo a NOB/SUS/01/96?
- 2) Qual a formação acadêmica do Secretário Municipal de Saúde?
- 3) Tem experiência anterior como gestor? Se sim, quanto tempo? Em que área?
- 4) Há registro de discussão sobre a esquistossomose em Atas do Conselho Municipal de Saúde como problema de saúde no Município?
- 5) Existe um plano de trabalho que contemple implementação das atividades de vigilância e controle da esquistossomose?
- 6) Qual o montante de recursos financeiros federais/estaduais/municipais empregados no ano para a implementação das atividades de vigilância e controle da esquistossomose?
- 7) Existe na Secretaria Municipal de Saúde, relatório de supervisão ao Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose, no período do estudo?
- 8) A coordenação da Equipe de Saúde da Família local realiza trabalho conjunto com a equipe de endemias do município?
- 9) Existe no município estrutura para referenciar os portadores de esquistossomose que necessitem de exames complexos ou tratamento de complicações clínicas?
- 10) Para a definição das ações de vigilância e controle da esquistossomose (diagnóstico, tratamento, educação em saúde, saneamento domiciliar e ambiental), a Secretaria Municipal de Saúde interage com outras secretarias tais como: Meio Ambiente/Saneamento, da Habitação, entre outras?
- 11) O Conselho Municipal de Saúde participa das definições das ações de saúde no município?
- 12) Houve mudança na Secretaria Municipal de Saúde, na gestão atual? Se houve, que tipo de mudança?
- 13) Houve mudança em relação à coordenação da Vigilância Epidemiológica do município, na gestão atual? Se houve, que tipo de mudança?
- 14) Houve mudança em relação à coordenação do Programa de Controle da Esquistossomose no município, na gestão atual? Se houve, que tipo de mudança?
- 15) Possui autonomia para contratação de recursos humanos? Foi realizado concurso nos últimos 5 anos para equipe que atua na VE da esquistossomose?

Anexo III - Instrumento de Coleta de dados 2

Roteiro de entrevista com gerentes, coordenadores e supervisores da Vigilância Epidemiológica da esquistossomose

Data://	
I - Identificação	
1) Nome:	
2) Município:	
3) Sexo: ()F ()M	4) Idade:
5) Formação:	6) Ano de graduação
7) Possui Pós-graduação: () si	m () não
Se sim, os cursos são na área de e	epidemiologia, saúde pública:
a) aperfeiçoamento b) especializa	ação c) mestrado d) doutorado
8) Cargo que ocupa:	9) Tempo que ocupa o cargo:
10) Vínculo Empregatício:	
Trajetória profissional: Fale um pacadêmica e profissional.	oouco sobre sua história profissional. Experiência
II - Planejamento e monitoram	ento
11) Participa da programação dos	s recursos para a vigilância da esquistossomose?
12) Existe plano de trabalho anua	al e mensal que contemple a VE da esquistossomose?
13) Incorpora ações programática	as definidas pelo nível Estadual e Federal.
14) O planejamento das ações é r	realizado em equipe? () Sim () Não
Quais os profissionais envolvidos	s?
13) A estrutura da vigilância organograma da SMS/SES?	epidemiológica da esquistossomose está inserida no
14) Realiza supervisão/monitor Esquistossomose? Quais os instru	amento das ações de Vigilância Epidemiológica da umentos utilizados para este fim?
	em contemplado cursos/capacitações/treinamentos para gilância e controle da esquistossomose?
() sim	
() não. Quais?	
16) Conta com o número de profi	issionais adequado para a realização das atividades?
() sim () não Qual seria o nú	mero adequado?

17) Há planejamento conjunto das ações de controle da esquistossomose entre a Vigilância Epidemiológica e
() a Atenção Básica () Vigilância ambiental
() outro
III – Sistema de Informação
18) Como é feito o registro dos portadores de <i>Schistosoma mansoni</i> identificados nos inquéritos coproscópicos e quem faz?
19) Qual é a periodicidade de envio dos dados?
20) Descreva como se ocorre o fluxo dos dados?
21) As informações coletadas e consolidadas pelo Sistema de Informação são utilizadas para tomada de decisões? ()sim. De que tipo? ()não
22) Quais são os problemas de saúde mais relevantes na sua área de trabalho?
23) Na sua opinião, qual o grau de prioridade da vigilância epidemiológica da esquistossomose em relação aos outros agravos?
Dê uma nota de 1 a 10 () Comentários:

Anexo IV - Instrumento de Coleta de dados 3

Roteiro de entrevista com profissionais de saúde que atuam na vigilância epidemiológica da esquistossomose

Data://
I - Identificação
1) Nome:
2) Município:
3) Sexo: ()F ()M 4) Idade:
5) Escolaridade: () Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino superior
Curso/Ano de graduação
6) Cargo que ocupa: 7) Tempo que ocupa o cargo:
8) Vínculo Empregatício:
Trajetória profissional: Fale um pouco sobre sua experiência profissional.
II – Processos de Trabalho
9) Descreva as atividades realizadas pela equipe.
10) Existe supervisão do serviço? ()sim ()não. Em caso positivo, como é feita?
11) Quem é o responsável pelas orientações técnicas?
12) Como é realizada a programação das localidades a serem trabalhadas? Quanto ao
cumprimento da programação ela ocorre? () total () parcial () não ocorre
13) Realiza busca ativa de portadores de <i>Schistosoma mansoni</i> ? ()sim ()não. Em
caso positivo, como é feita?
14) Quem participa dos inquéritos coproscópicos? Cite a categoria profissional
envolvida nessa atividade. Qual o ciclo (periodicidade) de realização dos inquéritos?
15) Durante a visita domiciliar você realiza atividades educativas: presta informações
sobre a doença e o trabalho do PCE?
() Sim Que tipo de informações? () Não
16) Como é feita a distribuição, coleta e identificação dos recipientes das amostras de
fezes?
17)Considera complicado o preenchimento do formulário utilizado para registro das
operações no campo? () sim () não
18) Ocorre a falta de material? Qual (is)?
19) Em caso de falta de material a quem se recorre para resolução desse problema?

20) Em caso de devolução de grande número de recipientes você verifica o motivo?
21) Onde, quando e por quem as lâminas são preparadas?
22) Como as amostras de fezes são encaminhadas ao laboratório (descrever os
procedimentos de identificação, embalagem e transporte das amostras)
23) Onde são realizados os exames?
() Laboratório regional () Lacen () outro
23) Há algum problema na realização de exames laboratoriais? ()sim ()não. Em caso
positivo, qual (is)?
24) Qual é o período de tempo decorrente entre a coleta das fezes e a chegada do
resultado do exame?
25) Como é feita a devolução do diagnóstico e a forma de tratamento?
26) Qual é o período de tempo entre o resultado do exame positivo e o tratamento?
27) Quem realiza e onde é feito o tratamento? Qual é o medicamento utilizado?
28) Como é feita a abordagem dos contatos?
29) Na sua opinião, a distância entre a residência do usuário e a unidade de saúde é fator
limitante para o tratamento? ()sim ()não. Por quê?
30) Há disponibilidade de medicamentos para os pacientes? ()sim ()não- justifique.
31) É realizado o controle de cura dos pacientes? ()sim ()não
Em caso positivo, quanto tempo e quantas vezes após o tratamento?
III - Trabalho integrado
32) Existe integração entre o trabalho da equipe do PCE a Equipe de Saúde da Família
na sua região? ()sim ()não () não sei
33) Existe integração entre o trabalho da equipe do PCE a Vigilância ambiental?
()sim ()não () não sei
IV - Capacitação
34) A instituição tem promovido cursos de atualização para a sua atuação na área de
esquistossomose?
35) Você participou recentemente de algum treinamento para vigilância e controle da
esquistossomose? () sim ()não. Quando? É incentivado a fazê-lo?
36) Quais são os problemas de saúde mais relevantes na sua área de trabalho?
37) Na sua opinião, qual o grau de prioridade da vigilância epidemiológica da
esquistossomose em relação aos outros agravos?

Dê uma nota de 1 a 10 () Comentários:

Anexo V - Instrumento de coleta de dados 4

Roteiro de entrevista com profissionais que atuam no apoio diagnóstico da esquistossomose

Data://
I - Identificação
1) Nome:
2) Município:
3) Sexo: ()F ()M 4) Idade:
5) Escolaridade: () Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino superior
Curso/Ano de graduação
6) Cargo que ocupa: 7) Tempo que ocupa o cargo:
8) Vínculo Empregatício:
Trajetória profissional: Fale um pouco sobre sua experiência profissional.
II – Processos de Trabalho
9) Descreva as atividades que você realiza.
10) Existe supervisão do serviço? ()sim ()não. Em caso positivo, como é feita?
11) Quem é o responsável pelas orientações técnicas?
12) Dispõe de instalações físicas adequada? ()sim ()não. Em caso negativo, porquê?
13) Ocorre a falta de materiais e equipamentos? Qual (is)?
14) Em caso de falta de material a quem se recorre para resolução desse problema?
15) Há disponibilidade de Kits diagnóstico Kato-Katz?
16) Quantas lâminas são lidas por dia?
17) Como os resultados são encaminhados à vigilância (descrever o procedimento)
18) É realizado o controle de qualidade das lâminas? Quem faz?
19) O laboratório realiza outro tipo de exames? Qual?
IV - Capacitação
20) A instituição tem promovido cursos de atualização para a sua atuação na área de
diagnóstico da esquistossomose?
21) Você participou recentemente de algum treinamento para diagnóstico da
esquistossomose? () sim ()não. Quando? É incentivado a fazê-lo?
37) Na sua opinião, qual o grau de prioridade da esquistossomose em relação aos outros
agravos? Dê uma nota de 1 a 10 () Comentários:

Anexo VI - Instrumento de coleta de dados 5

Roteiro de entrevista com profissional da distribuição de medicamento

Data://							
I - Identificação							
1) Nome:							
2) Município:							
3) Sexo: ()F ()M 4) Idade:							
5) Escolaridade: () Ensino fundamental () Ensino r	nédio () Ensino superior						
Curso/Ano de graduação							
6) Cargo que ocupa: 7) Tempo q	que ocupa o cargo:						
8) Vínculo Empregatício:							
Trajetória profissional: Fale um pouco sobre sua experiên	icia profissional.						
9) Há disponibilidade de Praziquantel para todos os porta	dores de S.mansoni						
diagnosticados? () Sim ()Não							
10) Descreva como e onde é feita a entrega do medicame	nto?						
11) Verifica se há contra-indicação? ()Sim ()Não							
12) Você dá alguma instrução ao portador? Quais?							
13) Você segue algum protocolo de tratamento? Qual?							
14) Na sua opinião, qual o grau de prioridade da esquisto	ossomose em relação aos outros						
agravos?							
Dê uma nota de 1 a 10 () Comentários:							

Anexo VII – Instrumento 6

Roteiro de Observação direta

Especificação	Disponível	Ideal	Observação
Nº de salas			
Condições ambientais			
Ventilação			
Mobiliário: mesas, cadeiras,			
armários,			
Ar condicionado			
Almoxarifado (Espaço físico,			
ventilação, mobiliário,			
condições de armazenamento)			
II – Infra-estrutura laboratorial	l e insumos		
Espaço físico nº de salas, piso,			
pintura, existência de banheiro,			
Condições ambientais,			
ventilação,etc			
Mobiliário: mesas, cadeiras			
giratórias, armários, ar			
condicionado			
kits diagnóstico			
Número de microscópios			
EPI's (luvas, jalecos, máscaras)			
Número computadores			
Número de profissionais que			
dividem o espaço de trabalho			
IV – Trabalho de campo dos ago	entes de campo		
Apresentação pessoal e postura			
profissional			
- Meio de transporte utilizado			
para o deslocamento			
Abordagem nos domicílios			
Forma de registro dos			
formulários			
Capacidade de diálogo e			
orientação à comunidade sobre			
o modo de transmissão da			
doença			
Orientações sobre o diagnóstico			
e tratamento			

Anexo VIII – Check- list de materiais e equipamentos

Local:

Data da observação:

Equipamento/Material	Quantidade existente	Quantidade necessária	Observações
Computadores			
Impressoras			
Linhas telefônicas			
Ponto de internet			
Recipientes coletores de amostras			
Etiquetas			
Bolsas			
Formulários			
Medicamento: Praziquantel comprimidos 600mg			
Kits Kato-katz			
Veículos			
Combustível			
Jalecos			
Luvas			
Máscaras			
folders			
Cartazes			

Anexo IX – Fotos

Foto 1 – Pessoas em atividades domésticas



Fonte: Marcelino, J.M.R, 2009.

Foto 2 – Rio Mundaú em União dos Palmares



Fonte: Marcelino, J.M.R, 2009.

Foto 3 – Coleção hídrica na localidade de Paus Branco/União dos Palmares



Fonte: Marcelino, J.M.R, 2009.

Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

<u>Baixar</u>	livros	de	Adm	inis	tra	ção

Baixar livros de Agronomia

Baixar livros de Arquitetura

Baixar livros de Artes

Baixar livros de Astronomia

Baixar livros de Biologia Geral

Baixar livros de Ciência da Computação

Baixar livros de Ciência da Informação

Baixar livros de Ciência Política

Baixar livros de Ciências da Saúde

Baixar livros de Comunicação

Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE

Baixar livros de Defesa civil

Baixar livros de Direito

Baixar livros de Direitos humanos

Baixar livros de Economia

Baixar livros de Economia Doméstica

Baixar livros de Educação

Baixar livros de Educação - Trânsito

Baixar livros de Educação Física

Baixar livros de Engenharia Aeroespacial

Baixar livros de Farmácia

Baixar livros de Filosofia

Baixar livros de Física

Baixar livros de Geociências

Baixar livros de Geografia

Baixar livros de História

Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura

Baixar livros de Literatura de Cordel

Baixar livros de Literatura Infantil

Baixar livros de Matemática

Baixar livros de Medicina

Baixar livros de Medicina Veterinária

Baixar livros de Meio Ambiente

Baixar livros de Meteorologia

Baixar Monografias e TCC

Baixar livros Multidisciplinar

Baixar livros de Música

Baixar livros de Psicologia

Baixar livros de Química

Baixar livros de Saúde Coletiva

Baixar livros de Serviço Social

Baixar livros de Sociologia

Baixar livros de Teologia

Baixar livros de Trabalho

Baixar livros de Turismo