

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**AVANÇOS E DESAFIOS DO PROGRAMA DE CONTROLE DA  
ESQUISTOSSOMOSE EM MUNICÍPIOS DO VALE DO JEQUITINHONHA EM  
MINAS GERAIS**

HUMBERTO FERREIRA DE OLIVEIRA QUITES

**BELO HORIZONTE-MG**

**2013**

HUMBERTO FERREIRA DE OLIVEIRA QUITES

**AVANÇOS E DESAFIOS DO PROGRAMA DE CONTROLE DA  
ESQUISTOSSOMOSE EM MUNICÍPIOS DO VALE DO JEQUITINHONHA EM  
MINAS GERAIS**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção de título de Doutor em Enfermagem.

**BELO HORIZONTE-MG**

**2013**

Qites, Humberto Ferreira de Oliveira.

Q88a      Avanços e desafios do programa de controle da esquistossomose em municípios do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais [manuscrito]./ Humberto Ferreira de Oliveira Qites. - - Belo Horizonte: 2013.

132f.

Orientador: Andrea Gazzinelli.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Esquistossomose. 2. Descentralização. 3. Programas Governamentais.  
4. Dissertações Acadêmicas. I. Gazzinelli, Andrea. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: WC 810



**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Escola de Enfermagem**  
**Programa de Pós-Graduação**

Tese intitulada “**AVANÇOS E DESAFIOS DO PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE EM MUNICÍPIOS DO VALE DO JEQUITINHONHA EM MINAS GERAIS**”, de autoria do doutorando Humberto Ferreira de Oliveira Quites, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes doutores:

---

Profa. Dra. Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira  
Escola de Enfermagem - UFMG  
Orientadora

---

Dr. Martin Johannes Enk  
Instituto Evandro Chagas  
Examinador

---

Dra. Teresa Cristina Favre  
Instituto de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ  
Examinadora

---

Dra. Heloisa de Carvalho Torres  
Escola de Enfermagem - UFMG  
Examinadora

---

Dr. Francisco Carlos Félix Lana  
Escola de Enfermagem - UFMG  
Examinador

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem / UFMG

Belo Horizonte, 14 de Junho de 2013.

## AGRADECIMENTOS

À orientadora e pesquisadora Prof.<sup>a</sup> **Dr.<sup>a</sup> Andrea Gazzinelli** pelo suporte, pelo profissionalismo pelo aprendizado durante todos estes anos e pelas reflexões críticas que muito contribuíram para este trabalho e para a minha formação profissional e pessoal. Meus profundos e sinceros agradecimentos por me abrir às portas para a pesquisa, pela confiança, paciência, apoio e incentivo.

Ao **Dr. Rodrigo Corrêa Oliveira** por proporcionar momentos que levaram ao meu aprimoramento intelectual e pessoal, e pela constante contribuição para o desenvolvimento deste trabalho.

A **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mery Natali Silva Abreu** pela contribuição na construção da análise estatística utilizada neste trabalho.

Ao **Prof. Dener Carlos dos Reis** pela disposição em ajudar. Sua experiência e ensinamentos foram importantes e muito me auxiliaram nas tomadas de decisões.

Ao amigo **Dr. Leonardo Ferreira Matoso** pela amizade, pela disponibilidade de ensinar e pelo companheirismo em todo o período de minha permanência no grupo de pesquisa.

Aos amigos do grupo de pesquisa, **Kellen Coelho** pela amizade, pelos conselhos e incentivo; **Ed Wilson Vieira**, pelo compromisso, incentivo e amizade; **Izabela Dutra, Túlio Fonseca, Stephanie Torres, Gisele Andrade e Thais Moreira Lima** pelo incentivo e colaboração no trabalho.

Às Professoras **Márcia Christina Souza e Tércia Rezende** pelo contínuo apoio e incentivo.

Aos motoristas **Luis e André**, pela amizade, condução segura, companheirismo, incentivo e pelos momentos de descontração proporcionados ao longo das intensas viagens.

Aos meus **Pais** que sempre me ensinaram a SER e não a ter... pelo exemplo de dedicação e perseverança, pela compreensão, carinho e amor, meus eternos agradecimentos. Pelo apoio e por nunca terem duvidado da minha determinação em ir atrás do meu desejo.

À **Viviane**, pelos momentos de apoio, suporte, serenidade e carinho. Obrigado pela paciência e pelo incentivo...foram essenciais.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram nesta caminhada, durante todo o trajeto desta pós-graduação até a efetiva conclusão desta etapa, gostaria de agradecer imensamente...

*“Faça de sua vida uma caminhada, onde cada passo é uma vitória e cada queda uma lição de vida. Deus sempre estará contigo”*

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar a organização e a operacionalização das ações de vigilância e controle da esquistossomose após o processo de descentralização nos 25 municípios endêmicos pertencentes à Gerência Regional de Saúde (GRS) de Pedra Azul, Minas Gerais. Foi realizado um estudo avaliativo do tipo normativo sobre as ações de vigilância e controle da esquistossomose realizada pelo Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), sendo calculado o Grau de Implantação (GI) para cada município. Foram utilizados questionários estruturados com os gestores responsáveis pela coordenação do PCE, pela coordenação da Atenção Básica, pela Secretaria Municipal de Saúde em um total de 75 profissionais. Foram realizadas distribuição de frequências, médias, medianas e desvios-padrão para relacionar os aspectos das ações de controle da doença no programa e na Atenção Básica. Além destes, foram entrevistados um profissional de saúde, médico ou enfermeiro, da Estratégia Saúde da Família (ESF) (n=97). Utilizou-se a análise de Modelos de Variáveis Latentes para definir um escore a fim de avaliar a qualidade da assistência prestada relacionada ao diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose pela ESF na Atenção Básica em Saúde (ABS) por estes profissionais. Em relação ao GI, 72% dos municípios tiveram seus programas considerados parcialmente implantados e os demais classificados como não implantados. Doze municípios apresentaram a estrutura dos serviços satisfatória e apenas um na dimensão processo. Apenas dez municípios conseguem abranger toda a sua extensão territorial além de conviver com a eventual priorização de outras atividades em saúde. Falta de transporte e profissionais qualificados, além de recursos financeiros para desempenharem suas atividades com qualidade apesar do suporte da regional de saúde. Não existe uma relação explícita entre o GI do PCE e a qualidade das atividades desenvolvidas na ESF relacionadas ao controle da esquistossomose. Municípios classificados como parcialmente implantados distribuíram-se sem grandes diferenças quanto aos escores da avaliação da qualidade da ESF como crítico (28,0%), insatisfatório (28,0%), satisfatório (11,0%) e excelente (33,0%). Dentre as atividades pouco utilizadas pelas equipes da ESF destacam-se a falta de estratégias para combater a infecção, a não utilização do método diagnóstico Kato-Katz e o recebimento insuficiente de material. Nossos resultados indicam que as ações de vigilância e controle da esquistossomose em nível municipal na GRS investigada não acontecem de forma sistemática, planejada e integrada, comprometendo a qualidade e a resolutividade da assistência e controle da esquistossomose na população. Ainda existem poucas estratégias de vigilância e controle da infecção na APS nesta área endêmica. Não há uniformidade das ações e uma integração efetiva entre estes profissionais e o PCE. Faltam acompanhamento e avaliação na execução nas atividades realizadas. Este cenário associado aos problemas sociais e estruturais do município favorece a permanência desta endemia na região.

Descritores: Esquistossomose mansoni, descentralização, programa saúde da família, vigilância epidemiológica, avaliação de programas e projetos de saúde.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the organization and operation of surveillance and control of schistosomiasis after the decentralization process in the 25 endemic municipalities belonging to the Regional Health Management (SWM) of Pedra Azul, Minas Gerais. We conducted a normative assessment study on surveillance and control of schistosomiasis held by the Schistosomiasis Control Program (SCP) and calculating the Degree of Implementation (DI) for each municipality. We used structured questionnaires with managers responsible for coordinating the SCP, the coordination of primary care, the Municipal Health Bureau on a total of 75 professionals. We performed frequency distribution, mean, median and standard deviations relate to aspects of control of the disease in the program and Primary Care. Besides these, we interviewed a healthcare professional, doctor or nurse, the Family Health Strategy (FHS) (n = 97). We used analysis of Latent Variable Models to define a score to assess the quality of care related to the diagnosis, treatment and control of schistosomiasis by the FHS in Primary Health Care (PHC) by these professionals. In relation to DI, 72% of municipalities had their programs considered partially implemented and the remaining classified as non-deployed. Twelve counties had the structure of services and only one satisfactory as the dimension process. Only ten municipalities can cover all its territorial extension besides living with the possible prioritization of other health activities. Lack of transportation and qualified professionals, and financial resources to carry out their activities with quality despite the support of regional health. There is not a direct relationship between the DI of SCP and quality of activities related to schistosomiasis control in the FHS. Municipalities classified as partially deployed distributed without great differences in the scores of quality evaluation of FHS as critical (28.0%), unsatisfactory (28.0%), satisfactory (11.0%) and excellent (33.0 %). Among the activities underused by FHS teams highlight the lack of strategies to combat the infection, not using the Kato-Katz method diagnosis and receiving insufficient material. Our results indicate that the surveillance and control of schistosomiasis at the municipal level in SWM not happen investigated systematically planned and integrated, compromising the quality and outcomes of care and control of schistosomiasis in the population. Yet there are few strategies for surveillance and control of infection in endemic area in this PHC. There is no uniformity of actions and an effective integration between these professionals and the SPC. Insufficient monitoring and evaluation activities in the implementation. This scenario associated with social and structural problems of the municipality favors the permanence of this endemic region.

Keywords: Schistosomiasis, Decentralization, Government Program, Epidemiologic Methods.

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELAS 1</b>	Distribuição da população e do número de serviços de saúde disponíveis por municípios - 2012.	Pág.55
<b>TABELAS 2</b>	Caracterização da esquistossomose como problema e prioridade de saúde e atividades da gestão em saúde das secretarias municipais – 2012.	Pág.61
<b>TABELAS 3</b>	Distribuição das atividades educativas sobre prevenção e controle da esquistossomose realizadas pelo PCE nos municípios investigados – 2012.	Pág.67
<b>TABELAS 4</b>	Distribuição de material educativo e ações para prevenção e controle da esquistossomose e de outras doenças realizadas pela ESF segundo a coordenação da ABS municipal – 2012.	Pág.71
<b>TABELAS 5</b>	Distribuição das atividades sugeridas pelos profissionais da ESF investigados para intensificar as ações de controle da esquistossomose nos municípios da GRS de Pedra Azul – 2012.	Pág.75
<b>TABELAS 6</b>	Distribuição da classificação dos escores relacionados às ações de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose realizadas pelas equipes de ESF segundo os municípios da GRS de Pedra Azul – 2012.	Pág.76
<b>TABELAS 7</b>	Distribuição do percentual de atividades de controle da esquistossomose desenvolvidas pelas equipes de ESF dos municípios da GRS de Pedra Azul segundo as classificações extremas do MVL – 2012	Pág.78



## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b>	Grau de implantação dos municípios investigados - 2012.	Pág.60
<b>GRÁFICO 2</b>	Distribuição das exigências feitas pela GRS aos municípios segundo relato dos coordenadores do PCE de acordo com GI – 2012.	Pág.62
<b>GRÁFICO 3</b>	Destino dos recursos empregados pelo município às ações de vigilância e controle da esquistossomose no município, segundo o Secretário Municipal de Saúde - 2012.	Pág.64
<b>GRÁFICO 4</b>	Dificuldades relatadas pelo Secretário de Saúde do município na realização das ações de vigilância e controle da esquistossomose no município - 2012.	Pág.65
<b>GRÁFICO 5</b>	Distribuição dos formulários utilizados pela APS para notificação da esquistossomose nos municípios da GRS de Pedra Azul – 2012.	Pág.69
<b>GRÁFICO 6</b>	Distribuição dos casos positivos para esquistossomose identificados pela APS e repassados ao PCE nos municípios da GRS de Pedra Azul – 2012.	Pág.70
<b>GRÁFICO 7</b>	Distribuição dos setores responsáveis pela dispensação do Praziquantel (PZQ) na APS segundo os municípios da GRS de Pedra Azul – 2012.	Pág.73

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1a</b>	Mapa de Minas Gerais de acordo com as GRS.	Pág. 34
<b>FIGURA 1b</b>	Mapa dos Municípios que compõem a GRS de Pedra Azul.	Pág. 34
<b>FIGURA 2</b>	Mapa das áreas endêmicas de esquistossomose em Minas Gerais	Pág. 34
<b>FIGURA 3</b>	Modelo Lógico do PCE.	Pág. 41

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b>	Número de habitantes, da população trabalhada pelo PCE e dos casos positivos para esquistossomose por município no período entre 2007 e 2010.	Pág. 35
<b>QUADRO 2</b>	Municípios participantes do estudo com suas respectivas equipes de ESF e seus valores do IDSUS.	Pág. 37
<b>QUADRO 3</b>	Descrição das categorias de cálculo do GI.	Pág. 43
<b>QUADRO 4</b>	Matriz de categorias e subcategorias de análise da dimensão da estrutura e pontuação máxima de cada subcomponente baseadas no Manual de Diretrizes Técnicas para Controle da Esquistossomose	Pág. 49
<b>QUADRO 5</b>	Matriz de categorias e subcategorias de análise da dimensão do processo e pontuação máxima de cada subcomponente baseadas no Manual de Diretrizes Técnicas para Controle da Esquistossomose	Pág. 50
<b>QUADRO 6</b>	Pontuação total atingida na dimensão estrutura pelos municípios e sua avaliação conforme a classificação utilizada.	Pág.57
<b>QUADRO 7</b>	Pontuação total atingida na dimensão do processo pelos municípios e sua avaliação conforme a classificação utilizada.	Pág.58
<b>QUADRO 8</b>	Pontuação total atingida nas dimensões avaliadas nos municípios e seus respectivos GI conforme a classificação utilizada.	Pág.59
<b>QUADRO 9</b>	Escore médio adquirido pelos municípios segundo as ações de ações de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose na ESF e seus respectivos GI do PCE conforme a classificação utilizada	Pág.79

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACE - Agente Comunitário de Endemia

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CE – Componente Estrutura

CIB – Comissão de Intergestores Bipartide

CP – Componente Processo

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DALY'S - Disability-adjusted life year

EEUFMG – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

EPF - Exame Parasitológico de Fezes

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

GI – Grau de Implantação

GRS - Gerência Regional de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano municipal

IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social

MS – Ministério da Saúde

MVL - Modelo de Variáveis Latente

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAVS - Programação das Ações de Vigilância em Saúde

PCE – Programa de Controle da Esquistossomose

PECE - Programa Especial de Controle da Esquistossomose

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PZQ - Praziquantel

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIGAF - Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SIS – Sistema de Informação em Saúde

SISPCE - Sistema de Informação Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública.

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS – Serviço de Vigilância a Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1	A ESQUISTOSSOMOSE E SUAS AÇÕES DE CONTROLE NO PAÍS .....	17
1.2	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE E A METODOLOGIA NORMATIVA .....	23
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS DO ESTUDO</b> .....	<b>31</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	31
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	31
<b>3</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>32</b>
3.1	LOCAL DO ESTUDO .....	33
3.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	36
3.3	COLETA DE DADOS .....	38
3.4	MODELO LÓGICO .....	401
3.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	42
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	42
3.6.1	<i>Análise dos dados – Avaliação Normativa</i> .....	42
3.6.2	<i>Análise dos dados – Métodos Quantitativos</i> .....	52
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>55</b>
4.1	GRAU DE IMPLANTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE NOS MUNICÍPIOS INVESTIGADOS.....	56
4.2	ORGANIZAÇÃO E DINÂMICA DO PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE DOS MUNICÍPIOS INVESTIGADOS.....	63
4.3	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE RELACIONADA AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA ESQUISTOSSOMOSE. ....	68
4.4	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS AÇÕES DE DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE NAS EQUIPES ESF MUNICIPAIS E SUAS CARACTERÍSTICAS .....	72
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>81</b>
5.1	PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE MUNICIPAL .....	81
5.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE MUNICIPAL.....	89
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>98</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>102</b>
<b>8</b>	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>109</b>
8.1	APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO COM O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	109
8.2	APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO COM O COORDENADOR DO SERVIÇO DE CONTROLE DE ENDEMIAS /ZOOSE.....	114
8.3	APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO COM O COORDENADOR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	121
8.4	APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (MÉDICO OU ENFERMEIRO) DA ESF.....	125
8.5	APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES – SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, COORDENADOR DE ENDEMIAS/ZOOSE E COORDENADOR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	127
8.6	APÊNDICE 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	128
8.7	APÊNDICE 7 – MODELAGEM DE VARIÁVEIS LATENTE. ....	129
8.8	ANEXO 1 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG .....	132

## 1 INTRODUÇÃO

A esquistossomose mansônica foi introduzida no Brasil no século XVI, através do tráfico de escravos, originário da costa ocidental da África, que ingressaram no país principalmente pelos portos de Pernambuco e Bahia, para trabalharem nas lavouras de cana de açúcar. Uma vez no país, encontrou condições ambientais favoráveis à sua transmissão, que incluíam a presença do molusco hospedeiro intermediário *Biomphalaria* (BARBOSA; SILVA; BARBOSA, 1996). A doença se expandiu pelo nordeste brasileiro, entre o Rio Grande do Norte e a Bahia e mais tarde, no século XVIII, com o início dos grandes ciclos da economia brasileira, como o ouro, algodão e café que representavam novas oportunidades de trabalho, o fluxo migratório introduziu a endemia em Minas Gerais (BRASIL, 2009).

Constitui, atualmente, pela sua magnitude, importante problema de saúde pública, não só no Brasil mas em países da América Latina, Ásia e África, sendo responsável por uma carga de 13 a 15 milhões de DALYs, ou anos de vida perdidos por morte prematura e/ou incapacidade, com consequências significativas para o contexto socioeconômico (KING, 2010). Ao longo das últimas décadas, estratégias de prevenção e controle da esquistossomose vem sendo desenvolvidas com o suporte da OMS, em países onde seu impacto é extremamente relevante como China, Egito, Uganda entre outros. As ações iniciais de controle utilizadas foram baseadas na integração dos métodos de eliminação da esquistossomose, como o controle do hospedeiro intermediário, educação em saúde, abastecimento de água, saneamento e o tratamento da população. Atualmente, pode-se destacar o uso da quimioterapia preventiva como o fator responsável pela redução da intensidade e da prevalência da infecção por esquistossomose nestes países. As estratégias utilizadas no controle da infecção tem como objetivo reduzir ou eliminar a transmissão e diminuir significativamente a morbidade associada, resultando nas melhorias da qualidade de vida, estado nutricional e capacidade cognitiva dos indivíduos (WHO, 2011).

A esquistossomose mansônica é endêmica em vários Estados do Brasil e, em Minas Gerais, está concentrada nas regiões norte e nordeste. Apesar dos esforços do governo para o controle da doença, ainda há transmissão ativa em 523 dos 853 municípios de Minas Gerais (61%), com uma população de aproximadamente dez milhões de pessoas vivendo em áreas endêmicas (BRASIL, 2005a, 2007a; DRUMMOND, 2010). Dados do Ministério da Saúde apontam que cerca de seis milhões de indivíduos estão infectados, vinte e cinco milhões

expostos ao risco de infecção e, ainda, mil e quinhentos são internados por ano vitimados pela doença (BRASIL, 2009b).

A descentralização das atividades de vigilância e controle de doenças para os municípios acarretou a incorporação de um grande número de novos atores nesse processo, por vezes, sem o treinamento necessário para atender à estratégia proposta. Neste contexto, o controle da doença fica associado a tomada de decisões que nem sempre estão pautadas em bases técnicas; ao contrário, muitas vezes são as bases clientelistas que decidem a alocação e gestão do recurso público impactando em suas ações (TIBIRIÇA, GUIMARAES, TEIXEIRA, 2011).

Não são muitos os registros fidedignos sobre a infecção pelo *S. mansoni* no Brasil (FAVRE et al., 2006b; PIERI; FAVRE, 2007; TIBIRIÇA, GUIMARAES, TEIXEIRA, 2011). Em Minas Gerais, dados do Sistema de Informação do Controle da Esquistossomose - SISPCE (SVS/MS) mostram poucas informações sobre a esquistossomose nos municípios endêmicos e dificuldades em seu processamento. Há alguns anos, Bezerra e colaboradores (1984) já mencionavam que os procedimentos e as estratégias que fundamentavam a base de dados eram frequentemente acompanhados por inconsistências e descasos na coleta de suas informações. Atualmente, na região nordeste de Minas Gerais, mais especificamente na área de abrangência da Gerência Regional de Pedra Azul onde são encontradas as prevalências mais elevadas de esquistossomose, as informações disponibilizadas são irregulares ou incompletas, sendo que, nos últimos 10 anos, muitos municípios não conseguiram realizar seus inquéritos.

São vários os fatores que dificultam o controle desta endemia, como a complexidade do mecanismo de transmissão da esquistossomose e os fatores relacionados ao indivíduo, ao hospedeiro intermediário e ao ambiente, principalmente ao ambiente social (FARIAS et al., 2007; LAMBERTUCCI, 2010). Apesar da existência do Praziquantel (PZQ), considerado uma droga barata, segura e eficaz, esta não garante a resolução completa do problema diante da exposição dos fatores relacionados à infecção e reinfecção em áreas endêmicas. Associados a este contexto, existe, ainda, a falta de planejamento de ações de controle da esquistossomose, bem como a indefinição de prioridades no nível da Atenção Primária por parte da gestão de saúde municipal (BARBOSA et al., 2010). Pouco se sabe sobre os reflexos da descentralização e a integração das ações do PCE na Atenção Primária a Saúde dos municípios endêmicos (FARIAS et al., 2007).



## 1.1 A Esquistossomose e o histórico das ações de controle no país

No início da década passada, as informações sobre o impacto da esquistossomose na população mundial eram subestimadas devido às estimativas originais não considerarem os sintomas, as sequelas e a natureza crônica da doença, o que a colocaria como a segunda em morbidade entre as doenças tropicais mais impactantes já naquela época (WHO, 2002). Com o advento do PZQ a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1991, reforçou a sua recomendação em mudar a abordagem que focaliza apenas o controle da transmissão com enfoque na redução da prevalência da infecção para o controle da morbidade (WHO, 2002).

Em meados de 2000, a OMS estabeleceu uma nova estratégia global que conjuga o tratamento quimioterápico da esquistossomose com o das geohelmintoses dirigido aos grupos de alto risco, como crianças em idade escolar e grupos ocupacionais de frequente contato com os focos de transmissão (WHO, 2002). A partir deste momento, houve uma diminuição considerável no número de pessoas infectadas, além da redução da contaminação ambiental por meio da diminuição do número de ovos do parasita (BRUUN, AAGAARD-HANSEN, 2008). Os tratamentos periódicos de populações de risco vem, ao longo do tempo, diminuindo a morbidade desta doença nas áreas acometidas, impedindo que indivíduos infectados desenvolvam a forma grave da doença (WHO, 2011).

No Brasil, a preocupação com a esquistossomose teve início no final da década de 40 com o primeiro inquérito coproscópico de âmbito nacional realizado por Pellon e Teixeira (1950) da Divisão de Organização Sanitária (DOS) do Ministério da Educação e Saúde. Este levantamento foi realizado em escolares de 7 a 14 anos de idade em 11 estados brasileiros, abrangendo uma população de cerca de 440.000 pessoas (PELLON, TEIXEIRA, 1950). Este mapeamento, junto com o aparecimento do oxaminiquine, incentivaram a implementação de ações sistematizadas e o aparecimento de novas drogas, dando origem à criação, em 1975, do Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE), executado pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) que direcionava suas atividades principalmente para o tratamento dos pacientes, principalmente em escolares, com oxaminiquine (BRASIL, 2009b). A partir daí, as ações de controle implementadas durante os anos que se seguiram, acarretaram uma mudança importante no quadro epidemiológico da esquistossomose (KATZ, 1998; FAVRE et al., 2001; DRUMMOND, 2010). Esses programas, ao longo dos anos, contribuíram para a redução da prevalência e das formas graves da esquistossomose, entretanto, não têm impedido o aparecimento de novos focos da doença (AMARAL et al, 2006; COURA & AMARAL, 2004).

O governo brasileiro, após o conhecimento da dispersão da doença em sua extensão territorial, instituiu, por volta de 1950, a Campanha Nacional Contra a Esquistossomose, cuja cobertura era restrita devido ao limitado conhecimento sobre a doença e seus mecanismos de controle (COURA-FILHO, 1997). O Ministério da Saúde, por meio do Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE) iniciou, em meados de 1975, suas atividades de controle da doença, coordenadas pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). As atividades se concentravam na região nordeste do país e tinham, como objetivo, reduzir a prevalência da esquistossomose para menos de 5% da população. Até 1979, mais de um milhão de pessoas já haviam sido tratadas, porém, o percentual de medidas de saneamento executado foi menor do que 20% do planejado. Após críticas por não ter atingido as metas propostas de uma avaliação particularizada ao nível da localidade, o PECE foi extinto. As estratégias e ações utilizadas por este programa caracterizavam-se como uma intervenção vertical do governo, unidirecional, evidenciada pelo fornecimento do tratamento específico entendido muitas vezes como única medida oferecida às pessoas infectadas (COURA-FILHO, 1997).

Em 1980, foi criado o Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) pelo Ministério da Saúde com recursos exclusivos do governo federal para realização dos inquéritos coproscópicos e outras ações. O programa passou por duas fases de reestruturação após a criação do SUS, sendo a primeira, em 1993, com o processo de descentralização das atividades da União para as Secretarias Estaduais de Saúde e de restrições ao tratamento em massa com oxaminiquine, levando em consideração seus efeitos colaterais. A segunda iniciou-se com a tentativa de reestruturação do programa por áreas classificadas de acordo com a prevalência e a transmissão da doença (COURA; AMARAL, 2004). A continuidade destas ações de controle do PCE municipal ocorreram de forma lenta e incipiente. O Programa adotava diferentes estratégias que nem sempre estavam de acordo com as exigências do Ministério da Saúde (AMARAL et al., 2006; QUININO et al., 2009b), além do fato agravante desta endemia não ser considerada, em geral, uma prioridade em saúde pelos gestores (FARIAS et al., 2007; QUININO et al., 2009b; TIBIRIÇA, GUIMARAES, TEIXEIRA, 2011). Após a regulamentação das regras de financiamento das ações de vigilância e controle de doenças e, recentemente, pela Programação das Ações de Vigilância em Saúde - PAVS, momento em que as Secretarias Municipais de Saúde passaram a assumir gradativamente o controle desta endemia em seu território (COURA; AMARAL, 2004; KATZ, 1998). A Portaria MS nº. 1.399, de 15.12.1999, que regulamentou a Norma Operacional Básica – NOB - SUS 01/96 e definiu a sistemática de financiamento das ações de

vigilância e controle de doenças, veio consolidar o processo de descentralização dessas ações, no que se refere às competências da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças (BRASIL, 1999).

Atualmente, os municípios são responsáveis pelas atividades desempenhadas em campo como realizar o diagnóstico integral da situação de saúde-doença e organizar uma estrutura capaz de realizar todas as atividades sob a sua responsabilidade de forma integrada, contemplando aspectos da vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças. Para o desenvolvimento destas ações é necessário, ainda, a integração da rede assistencial, conveniada ou contratada pelo SUS com as ações de prevenção e controle desta doença além de observação correta das normas a fim de aplicá-las à realidade local de forma mais precisa. De um modo geral, as recomendações para a correta realização destas atividades nos municípios incluem a incorporação das ações de vigilância e prevenção da área de epidemiologia e o controle da doença nas atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2007b).

Já o Governo Federal é responsável, através da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), pela normatização técnico-científica, regulação, aquisição de insumos estratégicos, assessoria, apoio técnico e financeiro, acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos oferecendo capacitação técnica ao pessoal (DRUMMOND, 2010; FUNASA, 1998). Tudo isso é feito com base nos instrumentos de pactuação com os estados e municípios e condicionado à apresentação dos relatórios estatísticos, análises e avaliações das ações desenvolvidas pelo PCE. No que se refere aos objetivos de vigilância e de controle em área endêmica, as medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde estão centradas na prevenção e redução das formas graves, na redução de óbitos e da prevalência da infecção e em evitar a dispersão da endemia (BRASIL, 2007b).

Em relação a classificação das áreas endêmicas, aquelas com prevalência acima de 25% são classificadas como de alta endemicidade, as que apresentam prevalência entre 5 e 25% são classificadas como média endemicidade e as de prevalência inferior ou igual a 5% de positividade são as de baixo risco de transmissão (FUNASA, 1998). Para que se pudesse classificar as áreas foram preconizados inquéritos coproscópicos bienais com objetivo de diagnóstico e tratamento que envolvem as populações inteiras de cada localidade endêmica por meio de busca ativa utilizando o método Kato-Katz (FUNASA, 1998; KATZ; CHAVES; PELLEGRINO, 1972). Além disso, é recomendado, ainda, o controle do hospedeiro intermediário por meio de moluscidas em áreas de alta endemicidade, saneamento básico e

abastecimento de água tratada e educação em saúde. Entretanto, nenhum destes métodos é capaz de proporcionar o controle da esquistossomose separadamente, exceto em áreas muito restritas (COURA; CONCEIÇÃO, 2010).

Em Minas Gerais, entre 1984 e 2007, 90% dos municípios onde existe transmissão ativa da esquistossomose iniciaram seus inquéritos, entretanto, apenas 256, pouco menos da metade, completaram seus primeiros censos municipais preconizados pelo programa (DRUMMOND, 2010). Sabe-se que programas governamentais descentralizados são indispensáveis para alcançar os objetivos propostos, porém, na concepção neoliberal globalizada, podem se tornar frágeis se desvinculados de sociedades organizadas, politicamente determinadas e tecnicamente capacitadas para gerenciar ações e programas conforme as necessidades de saúde da população em âmbitos locais e regionais (TIBIRIÇA, GUIMARAES, TEIXEIRA, 2011). A implementação e a operacionalização das recomendações para prevenção e controle da esquistossomose nas esferas municipais ainda são lentas, decorrente em grande parte, da insuficiência de recursos humanos e financeiros (FAVRE et al., 2006a) Deve-se considerar, também, que a falta de planejamento e definição de prioridades (BARBOSA et al., 2010), também dificultam sobremaneira o cumprimento dos objetivos do programa, conforme observado em comunidades localizadas no nordeste de Minas Gerais (KLOOS et al., 2001; GAZZINELLI et al., 2001a; 2001b; 2006).

Estudos sobre a avaliação do impacto do PCE no Brasil evidenciaram que o programa foi bem sucedido no que se refere à morbidade e mortalidade da doença, mas não interrompeu a transmissão, nem reduziu a taxa de prevalência a índices considerados baixos (inferiores a 5%) e tampouco evitou a ocorrência de novos focos (AMARAL et al, 2006; COURA, AMARAL, 2004). Muitas das ações no país são limitadas à quimioterapia, sendo que o tratamento por si só reduz a prevalência da infecção e da morbidade da doença, mas não controla a sua transmissão. Sabe-se que o controle da transmissão só é possível através de medidas integradas a curto (diagnóstico e tratamento da infecção), médio (educação em saúde, etc.) e longo prazos, porém, estas nunca foram colocadas em prática contínua em nosso país (COURA; CONCEIÇÃO, 2010). Talvez isto se dê pela dificuldade do governo em realizar atividades que possam melhorar a situação de pobreza, as condições precárias de moradia, a ausência de saneamento básico, bem como as relacionadas ao comportamento dos indivíduos (contato com água contaminada), conhecimento sobre a doença e utilização dos serviços de saúde pelas populações expostas (ENGELS et al., 2002; GAZZINELLI et al., 2006; ARAUJO et al., 2007).

Como mencionado anteriormente, a descentralização das ações de saúde colocou a esfera municipal como a principal responsável pela gestão da rede de serviços e pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde, permitindo, com isto, maior racionalização administrativa, controle financeiro e participação democrática da comunidade. Este processo no setor saúde tem como eixo principal a proposta de reorganização da Atenção Básica, abrangendo todas as iniciativas situadas no primeiro nível de atenção à saúde e proporcionando uma maior organização ou reorganização da porta de entrada dos serviços (BODSTEIN, 2002).

Estudos apontam que os sistemas orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS), apresentam resultados positivos em relação à provisão de melhores cuidados em saúde para suas populações, tanto no que se refere ao alcance de maior equidade e eficiência quanto em relação à continuidade da atenção e satisfação dos usuários (GIOVANELLA, 2006; CONILL, FAUSTO, 2007). Aliado à APS, o Programa Saúde da Família (PSF) destaca-se por ser uma tentativa de transformar as práticas da atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nele atuam, sendo considerada a alavanca para a transformação do sistema como um todo (RONSANI; STRALEN, 2003). Por meio de equipes, estes profissionais são responsáveis por ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos agravos e doenças mais frequentes na comunidade, uma responsabilidade que abrange o acompanhamento de até 4.500 pessoas em sua área de atuação (BRASIL, 2005b). Neste contexto, o profissional de saúde tem papel importante como integrante da equipe, seja na avaliação da demanda do paciente e dos riscos individuais do adoecer, como na elaboração de um projeto terapêutico para responder às necessidades de atenção, ações educativas, coletivas e comunitárias em conjunto com os demais profissionais da equipe, desde a prevenção até a reabilitação da saúde (CAPOZZOLO, 2003).

Apesar de todos os esforços, ainda existem dificuldades na execução das ações nos serviços de saúde, diante da inexistência ou precariedade dos serviços públicos da APS disponibilizados no país (MARIEKE *et al.*, 2004). O recente processo de descentralização das atividades de vigilância e controle de doenças em nível municipal com seus novos atores, apresenta, por vezes, dificuldades na operacionalização do processo devido à falta de capacitação e suporte necessário para atender a estratégia proposta, variando de acordo com a gestão, o grau de desenvolvimento e o interesse municipal (TIBIRIÇA, GUIMARAES, TEIXEIRA, 2011). Na maioria das vezes, as ações são focadas apenas na execução de intervenções básicas que exigem regulação e fiscalização organizada (LUCCHESI, 2001). Além disto, pode-se dizer que a APS ainda tem, como característica, o fato de estar centrada

na clínica médica, voltada ao atendimento da demanda espontânea, além de basear-se em procedimentos e serviços especializados com foco no atendimento em hospitais (PAIM, 2003).

Outro importante fator organizacional que limita a consolidação da descentralização e o aumento das estratégias preconizadas neste contexto, é a falta de coesão nas políticas de recursos humanos. Muitos profissionais são transferidos dos mais variados setores e realocados segundo as flutuações governamentais se tornando, portanto, reféns das mudanças políticas pendulares (BARATA, 1997; TIBIRIÇA, GUIMARAES, TEIXEIRA, 2011). Estas peculiaridades podem trazer prejuízos para a assistência à população, haja vista que a esquistossomose em áreas endêmicas tem caráter assintomático, exige acurácia na percepção da doença, cujos sinais e/ou sintomas podem ser atribuídos a uma série de outras verminoses e que a necessidade de procura de atendimento para o diagnóstico e tratamento destas pessoas podem interferir na resolutividade do seu controle (BRASIL, 2009b). São raros os pacientes com esquistossomose aguda em área endêmica e é provável que estes casos estejam sendo negligenciados, mal diagnosticados, subestimados e subnotificados ao longo dos anos (LAMBERTUCCI, 2010).

Quanto aos casos sintomáticos da doença, apesar de serem potencialmente atendidos pela APS estão sujeitos às dificuldades no acesso em saúde de um modo geral, possivelmente pelo amplo espectro da sintomatologia e das manifestações clínicas da esquistossomose (BRASIL, 2009b; LAMBERTUCCI, 2010). O acesso é uma importante característica da oferta de serviços importante para explicar o padrão de utilização de serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004) e os determinantes deste estão relacionados às características que, de um lado, referem-se à oferta dos serviços e, do outro, à demanda da população por cuidados de saúde (REIS, 2010).

Neste contexto, a cobertura eficaz da proposta de um programa vai além da noção habitual de acesso da população, da adesão do paciente e do benefício individual da intervenção (LOZANO et al., 2006). É importante que o Programa de Controle da Esquistossomose esteja integrado aos demais programas das Secretarias Municipais de Saúde - SMS, uma vez que o trabalho integrado potencializa os recursos e previne solução de continuidade ou espaçamento dos ciclos de trabalho, possibilitando maior impacto e uma maior resolutividade nas ações de vigilância e controle da esquistossomose (BRASIL, 2007b). Além disso, para atingir aos objetivos propostos é essencial que os programas do governo sejam amplamente inseridos no contexto da ESF e incorporados pelos profissionais envolvidos, garantindo sua efetividade e funcionamento nas diversas localidades (BRASIL,

2006a). A integração entre o PCE e os serviços de APS são necessárias e contribuem para a eficiência, a eficácia, e a sustentabilidade das ações desenvolvidas. (PIERI; FAVRE, 2007).

Portanto, é necessário que o PCE estabeleça formas de acompanhamento e de avaliação das ações de vigilância e controle da esquistossomose nestas regiões para atingir uma maior resolutividade (REIS, 2009; WHO, 2006). É essencial que a organização e o funcionamento dos serviços de Atenção Primária à Saúde, na qual as principais ações de controle dessa endemia são realizadas sejam examinadas e planejadas considerando o âmbito do contexto político dos serviços de saúde municipais (REIS, 2009).

## **1.2 Avaliação dos serviços em saúde e a metodologia normativa**

A avaliação como componente da gestão em saúde tem, hoje, um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do SUS. Tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005b).

As raízes da avaliação nos remetem aos primórdios da história da humanidade (avaliação informal). No entanto, a avaliação formal teve como marco histórico o período da Grande Depressão nos Estados Unidos até o período que sucedeu a Segunda Grande Guerra Mundial, principalmente pela necessidade de avaliação das políticas públicas implementadas para equacionar os problemas sociais existentes naquela época. Data dessa mesma época a incorporação da avaliação no planejamento dos programas de saúde. Entretanto, só mais recentemente, nos anos 70, foi considerada como um componente imprescindível, apontando não só para um resultado final, mas focalizando, também, o processo e os efeitos da sua implementação (GUBA; LINCOLN, 1989).

Nesta mesma época, a necessidade de avaliar as ações sanitárias se impôs, criando-se, em diversos países organismos encarregados de avaliar estas novas tecnologias (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997; DENIS; CHAMPAGNE, 2002). A partir de então, implementações nas políticas públicas de saúde tem sido propostas e conduzidas na expectativa de gerar mudanças nas práticas de saúde. A adoção destas práticas e sua potencialidade em modificar determinadas situações em saúde as tornaram extremamente

importantes, fazendo-se necessário criar importantes instrumentos de avaliação (SILVA; FOMIGLI, 1994).

Posteriormente, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) desenvolveu um modelo para a avaliação de programas na área de saúde pública, a fim de sistematizar os seus elementos básicos. Neste modelo, o conceito de programa é utilizado para descrever o objeto da avaliação, considerado como qualquer ação de saúde pública organizada. É uma definição abrangente, já que o modelo pode ser aplicado em quase todas as atividades da saúde pública como ações de intervenção, desenvolvimento de políticas, pesquisas, serviços de treinamento, sistemas administrativos e participação comunitária. O CDC menciona, também, que um processo de avaliação deve contemplar a participação das partes interessadas, a descrição do programa, o destaque do processo de avaliação, o recolhimento de evidências confiáveis, a justificação das conclusões e o seu compartilhamento (CDC, 1999).

Assim, assumindo características interdisciplinares e instrumentalizando-se cientificamente, os estudos avaliativos ganharam vulto e complexidade. A criação de organismos destinados a avaliar tecnologias em saúde é parte integrante de um conjunto de medidas adotadas pelos Estados Unidos, Canadá, França, Austrália, entre outros, para garantir a racionalização dos gastos e fornecer parâmetros científicos para resposta às crescentes expectativas de incorporação das intervenções em saúde emergentes (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Neste contexto, a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre a intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões, podendo ser resultado da aplicação de normas, no caso da avaliação normativa, ou de um conhecimento científico, quando desenvolvida uma pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Além disso, deve permitir também o julgamento dos fatores explicativos dos resultados obtidos, levando em consideração suas modificações posteriores (NOVAES, 2000). A avaliação é um dispositivo de produção de informação e, conseqüentemente, fonte de poder para os atores que a controla por isso, o avaliador deve fazer o papel de um agente facilitador e de pedagogo, na utilização dos resultados, utilizando a informação como uma ferramenta de negociação entre interesses múltiplos e não verdade absoluta (MALTA, 2001).

Segundo a OMS (1998b) uma avaliação consiste em um exame sistemático das características de uma iniciativa e de seus efeitos, a fim de obter informação que possa ser utilizada por quem tem interesse em melhorá-la ou torná-la mais eficaz. Deve estar vinculada



sempre ao planejamento, tendo em vista que este processo deve ser utilizado para tirar lições da experiência e aperfeiçoar atividades em curso ou a serem implantadas. Sua finalidade básica é conhecer o objeto e aprimorá-lo. Este processo irá definir os êxitos e os fracassos do objeto e, a partir disso, definir o que é passível de aprimoramento e como fazê-lo, ou seja, a avaliação pode ser definida como uma situação em que o avaliado corre o risco de (e deve estar disposto a) ser considerado menos perfeito do que gostaria (MALIK; SCHIESARI, 1998; TANAKA; MELO, 2001).

A avaliação de políticas públicas permite não somente a produção de informações com vistas à melhoria da eficácia de uma prática social, mas oferece a possibilidade de transformação dessa prática à luz dos interesses dos envolvidos considerando suas relações contextuais (HARTZ; SANTOS; MATIDA, 2008). Ao se investir na institucionalização da avaliação busca-se contribuir decisivamente na qualificação da atenção à saúde, promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e, abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

A complexidade do setor saúde abre espaço permanente para a avaliação, no sentido de verificar como as concepções teóricas se materializam na prática, gerando um conhecimento real necessário à formulação de novas políticas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Entretanto, as dificuldades do processo de avaliação existem, tanto conceituais quanto operacionais, como as grandes áreas de incerteza na relação entre os problemas de saúde e as intervenções para resolvê-las, a rápida incorporação de novas tecnologias, o entendimento da dinâmica no processo de trabalho e seus fatores associados (MALTA, 2001). A avaliação não é imparcial, entretanto, deve ser dotada de suposta neutralidade técnica e depende da visão de mundo daqueles que a realizam. A maneira como se estrutura o sistema de informação subordina-se a alguma concepção de modelo assistencial e seus resultados são aproximações da realidade, podendo ser operacionalizados por inúmeros caminhos (MALTA, 2001). Mesmo com a constatação de que grande número de projetos ou programas sofre descontinuidade após o período de sua implantação e, embora muitos países desenvolvam sistemas para o monitoramento da implantação dos mesmos, são poucas as informações produzidas regularmente sobre a continuidade e permanência desses programas (LENNIE, 2005).

A sustentabilidade dos programas tem se constituído outro problema para a saúde pública, em virtude da exposição aos riscos aos quais estão expostos. Esses se referem à

continuidade das atividades ao longo do tempo e podem ocasionar a perda de investimentos para as organizações e pessoas envolvidas em programas considerados exitosos. Vários fatores tais como a relevância e a legitimidade do programa, sua estabilidade financeira, a garantia de uma gestão eficaz e sua capacidade de adaptar-se às mudanças de contextos político-institucionais, podem influenciar positivamente a continuidade dos mesmos evitando, ainda, que a interrupção desses programas levem à desmotivação dos envolvidos e, portanto, se torne um obstáculo a subsequentes mobilizações (FELISBERTO, 2010).

Supõe-se que a demanda por uma avaliação, por mais simples que seja, requeira não apenas a identificação de perguntas e formulação de hipóteses, mas, antes, a verificação do conjunto de atores envolvidos, dos recursos disponíveis, do grau de complexidade do problema e das ações e, em particular, a concordância de perspectivas entre quem pleiteia a avaliação e quem a executa. Há que se eleger, portanto, com base nestes parâmetros, a ciência e as ferramentas adequadas para mensurar o problema e os efeitos do programa preconizado para modificá-lo, em face as variáveis contextuais em interação sistemática com estes dois fenômenos (MATIDA; CAMACHO, 2004).

O ponto de partida é a noção de programa enquanto uma resposta institucional ou comunitária a uma situação-problema. Além disso, ambos, o problema e o programa, são processos sociais complexos e dinâmicos que comungam de um mesmo contexto que os modifica e por eles é modificado (POTVIN; HADDAD; FROHLICH, 2001).

No Brasil, a área de avaliação de serviços de saúde se encontra em um processo de expansão, diversificação conceitual e metodológica que está propiciando novos instrumentos aos administradores para a tomada de decisão (NOVAES, 2000). Entre os fatores envolvidos no interesse crescente em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde podemos apontar: (1) as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS, tais como o processo de descentralização das responsabilidades, ações e recursos; (2) a maior complexidade do perfil epidemiológico do país, com distintos problemas e necessidades, requerendo novas abordagens e incorporando novas tecnologias e (3) a exigência cada vez maior do controle de gastos em saúde e, com mais frequência e contundência, a cobrança dos organismos financiadores externos. As decisões necessárias para atender aos preceitos da qualidade da atenção prestada e da viabilidade econômica do SUS são particularmente difíceis, pois envolvem um sistema de saúde complexo e com problemas ainda não dimensionados. Neste contexto, a necessidade de informações sobre o processo e a efetividade do sistema de saúde é cada vez mais reconhecida com o passar dos anos e a

avaliação se apresenta como uma solução importante na resolução deste impasse (FIGUEIRÓ et al., 2010).

Em um passado recente, desafios já persistiam no campo da avaliação em saúde. Por um lado identificavam-se dificuldades relativas à estrutura e ao modo de produção da ciência e da tecnologia em saúde e a incompletude das políticas sanitárias para a consolidação dos princípios por outro, embora sejam reconhecidos os avanços no campo, evidenciam-se sua curta trajetória e suas lacunas (NOVAES, 1996), em particular em relação a análises de efeitos e de eficiência (HARTZ; POUVOURVILLE, 1998). A avaliação de saúde no país apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Associado a este contexto, podemos citar a existência de instrumentos avaliativos que apresentavam problemas em seu processo de consolidação em ferramentas de suporte ao processo decisório e na formação das pessoas nele envolvidas (BRASIL, 2005b). Ainda é recente a definição de diretrizes que orientem a política de avaliação, o que reforça abordagens fragmentárias e conservadoras, como a quase completa dissociação dos processos avaliativos do sistema nacional de auditoria, tendência inversa à dos países desenvolvidos (SANTOS; NATAL, 2005).

Ao tratar da institucionalização da avaliação, em particular na atenção básica, Felisberto (2004) enfatiza a necessidade da inserção da avaliação na rotina dos serviços por meio da implantação de uma cultura avaliativa. Esta se daria com investimento no desenvolvimento e fortalecimento de capacidade técnica, o que contribui decisivamente para a qualificação da atenção à saúde ao promover a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS e com os anseios dos usuários. É importante considerar que normas e regras rotinizadas ou padronizadas podem contribuir para a perenidade e/ou maior continuidade de projetos e programas, mas isto sofre influência direta do grau de capacidade técnica e de preparo político dos trabalhadores do sistema (FELISBERTO, 2010).

Neste sentido, avaliação normativa é uma importante ferramenta que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção a partir de seus critérios e normas estabelecidos. A partir destes, compara todos os seus recursos empregados e seu processo organizacional, ou seja, sua estrutura, bem como seus serviços ofertados ou bens produzidos neste processo, além de seus resultados obtidos. Critérios e normas são considerados indicadores eficazes, derivados de resultados de pesquisa ou fundamentados no julgamento “experts” no assunto, que se apoiam no postulado de uma relação entre a coerência aos critérios e os impactos do

programa ou da intervenção. Restaria a apreciação da estrutura, do processo e dos resultados (CONTRANDIOPOULOS et al., 1997).

Donabedian (1984) analisa a tríade estrutura, processo e resultado como uma das abordagens em saúde mais utilizadas. Segundo este, a avaliação da estrutura permite conhecer as ações implantadas, a cobertura populacional e o desempenho dos serviços por meio de fatores como padronização dos procedimentos, sistemas de informação, produção de serviços, recursos humanos, estrutura física, equipamentos. Estes indicadores de estrutura identificam as condições sob as quais o cuidado à saúde é oferecido aos usuários. Neste contexto podemos citar as condições de área física, tecnologia apropriada, recursos humanos entre outros (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Indicadores de processo mostram o que é realmente oferecido aos usuários em termos de cuidado. Frente a um paciente com determinada queixa ou problema de saúde, indicadores de processo apontam o que os profissionais fazem, como por exemplo, a assistência prestada ao cliente, exames complementares solicitados, tratamento e o acompanhamento a curto, médio ou longo prazo. Estes indicadores são sempre comparados a padrões de qualidade previamente estabelecidos, como os parâmetros nacionais ou internacionais da intervenção investigada. Envolve a análise da qualidade da prestação de serviços de acordo com padrões de excelência técnica (DONABEDIAN, 1984).

Já a avaliação dos indicadores de resultado apresenta as mudanças decorrentes das medidas implementadas (CALVO; HENRIQUE, 2006). 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, 1984). Os resultados obtidos são comparados com critérios e normas de resultados esperados. Esta etapa da avaliação pode ser dificultada, na prática, pela complexa rede de causalidade do processo saúde/doença e, muitas vezes, insuficiente para estabelecer um julgamento considerado válido (QUININO, 2009a; VUORI, 1991). É complicado atribuir determinada mudança no estado de saúde da população à intervenção específica, uma vez que os resultados sofrem influência de inúmeras variáveis (VUORI, 1991).

Medina et al. (2005) afirma que uma importante estratégia metodológica utilizada na pesquisa avaliativa é o modelo lógico. O termo modelo lógico deve ser entendido enquanto um esquema visual de como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados. Apresentar o modelo lógico na etapa inicial do processo permite definir o que deve

ser avaliado, pois ele apresenta a forma de implementação do programa para atingir os resultados propostos (MEDINA et al., 2005). Ele contém o detalhamento das atividades que devem ser realizadas pelo programa, à luz de critérios e normas, obtendo assim, uma melhor sistematização na análise e um maior poder de comparabilidade e articulação dos resultados (MATIDA; CAMACHO, 2004).

Neste sentido, é sempre importante delimitar as características e avaliar a adequação dos serviços prestados aos padrões e normas fixados pelo Ministério da Saúde levando em conta suas adaptações à realidade local, além de proceder a um estudo das relações entre o contexto e as variações no grau de implantação. Para esta avaliação, analisa-se a implantação do programa ou do serviço de saúde a ser investigado. Entende-se como análise da implantação a identificação dos determinantes e a influência da variação na implantação implicados na produção dos efeitos de uma intervenção, ou seja, a influência do grau de implantação e do contexto nos resultados da intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 2002; HARTZ et al, 1997). Este tipo de análise consiste em medir a influência que pode ter a variação no Grau de Implantação de uma intervenção nos seus efeitos como também em apreciar a influência do ambiente e do contexto no qual a intervenção está implantada sobre seus efeitos. Esta é particularmente indicada quando a intervenção é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos (CONTRANDIOPOULOS, 1997). A análise da implantação se propõe a ir além, permitindo um julgamento não só sobre a eficácia de uma intervenção, mas também sobre os fatores explicativos dos resultados obtidos (WEISS; REIN, 1972).

Segundo Denis e Champagne (1997), a análise de implantação está centrada em três princípios ou componentes básicos: a) Análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção; b) Análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados e c) Análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados.

O primeiro componente procura explicar as variações na implantação da intervenção, considerando as características contextuais do meio de implantação, enquanto os outros componentes explicam os efeitos observados após o início de uma intervenção, considerando o grau de implantação e os fatores contextuais, respectivamente. Assim, é a partir da análise destes três componentes que se tenta compreender o dinamismo que acontece no decorrer de uma intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Pode-se, assim, definir esta proposta como uma forma de avaliar a adequação dos serviços prestados aos padrões e normas fixados pelo Ministério da Saúde no PCE,

devidamente adaptados à realidade regional, além de proceder a um estudo das relações entre o contexto municipal das ações de vigilância e controle da esquistossomose e as suas variações de acordo com as atividades desenvolvidas.

## **2 OBJETIVOS DO ESTUDO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a organização e a operacionalização das ações de vigilância e controle da esquistossomose após seu processo de descentralização nos municípios pertencentes à Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul, Minas Gerais.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Construir um Modelo Lógico referente ao PCE.
- Estimar o Grau de Implantação (GI) do PCE nestes municípios.
- Identificar os fatores relacionados ao Grau de Implantação (GI) do PCE nestes municípios.
- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores das ações do Programa de Controle da Esquistossomose quanto a sua organização e operacionalização nestes municípios.
- Analisar a organização e a qualidade dos Serviços de Saúde no âmbito da Atenção Básica de Saúde relacionada ao diagnóstico e tratamento da esquistossomose nestes municípios.
- Identificar as ações de controle da esquistossomose realizadas pelos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) no atendimento ao usuário destes municípios.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

Serão utilizadas duas abordagens neste estudo. A primeira consiste de um tratamento metodológico composto por uma pesquisa sintética subdividida em níveis de análise. Neste tipo de pesquisa é utilizada uma abordagem dedutiva, onde parte-se de pressupostos teóricos e documentação da realidade empírica observável (DENIS; CHAMPAGNE, 2002). O interesse em diferentes níveis ou planos de explicação do evento favorece a compreensão do caso, pois aumenta as possibilidades de análise e o grau de confiabilidade nos resultados da pesquisa (CONTRANDIOPOULOS et al., 1997). Este contexto é característico de um estudo avaliativo que tratará a respeito das ações de vigilância e de controle da esquistossomose realizadas pelo PCE.

A opção escolhida para esta etapa é a Avaliação Normativa, que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando-se os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços e bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com os critérios e as normas vigentes. Este tipo de avaliação se apóia no postulado de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção (CONTRANDIOPOULOS et al., 1997; ROSSI; FREEMAN, 1985). Para tal, será utilizado um componente desta avaliação para estabelecer o grau de implantação do PCE de acordo com critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a, 2008; FUNASA, 1998). Nesta etapa do estudo (normativa) serão avaliados os componentes da estrutura e processo (DONABEDIAN, 1990) e medido o grau de implantação. A análise da implantação tem por base conceitual a análise da influência sobre três componentes:

- Dos componentes contextuais no grau de implantação das intervenções;
- Das variações da implantação na sua eficácia (especificação do tratamento em sua dimensão empírica);
- Da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados.

Por implantação entende-se o uso apropriado e suficientemente intensivo da intervenção. O conceito de implantação refere-se à extensão da operacionalização adequada de uma intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 2002, p.51). Ainda conforme estes autores, grau de implantação é compreendido como contribuição dos componentes verdadeiramente implantados do programa na produção de seus efeitos (DENIS; CHAMPAGNE, 2002, p.51).

A aferição do grau de implantação de uma intervenção requer:

- a) especificar *a priori* os componentes da intervenção;



- b) identificar as práticas requeridas para a implantação da intervenção;
- c) descrever as práticas correntes nas áreas envolvidas pela intervenção;
- d) analisar a variação na implantação em virtude da mudança das características contextuais.

Este tipo de análise permite definir os fatores explicativos das diferenças observadas entre a intervenção planejada e a implantada. Ela é apropriada quando a intervenção é complexa e composta de elementos sequenciais como é o caso neste estudo (DENIS; CHAMPAGNE, 2002).

A segunda abordagem terá como característica o estudo de delineamento observacional entre os profissionais de saúde, médicos e/ou enfermeiros, pertencentes às Equipes de Saúde da Família dos municípios investigados e o gestor responsável pela coordenação da Estratégia Saúde da Família. As informações relacionadas ao diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose, bem como as características empregadas por estes profissionais na assistência ao usuário na Atenção Primária à Saúde (APS) serão analisadas por um estudo epidemiológico, tipo transversal.

### **3.1 Local do estudo**

A pesquisa será realizada nos municípios pertencentes à Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul (FIGURA 1). Essa região é composta por 25 municípios: Águas Vermelhas, Almenara, Bandeira, Cachoeira do Pajeú, Comarcinho, Divisa Alegre, Divisópolis, Felisburgo, Itaobim, Itinga, Jacinto, Jequitinhonha, Joáima, Jordânia, Mata Verde, Medina, Monte Formoso, Palmópolis, Pedra Azul, Ponto dos Volantes, Rio do Prado, Rubim, Salto da Divisa, Santa Maria do Salto e Santo Antônio do Jacinto.

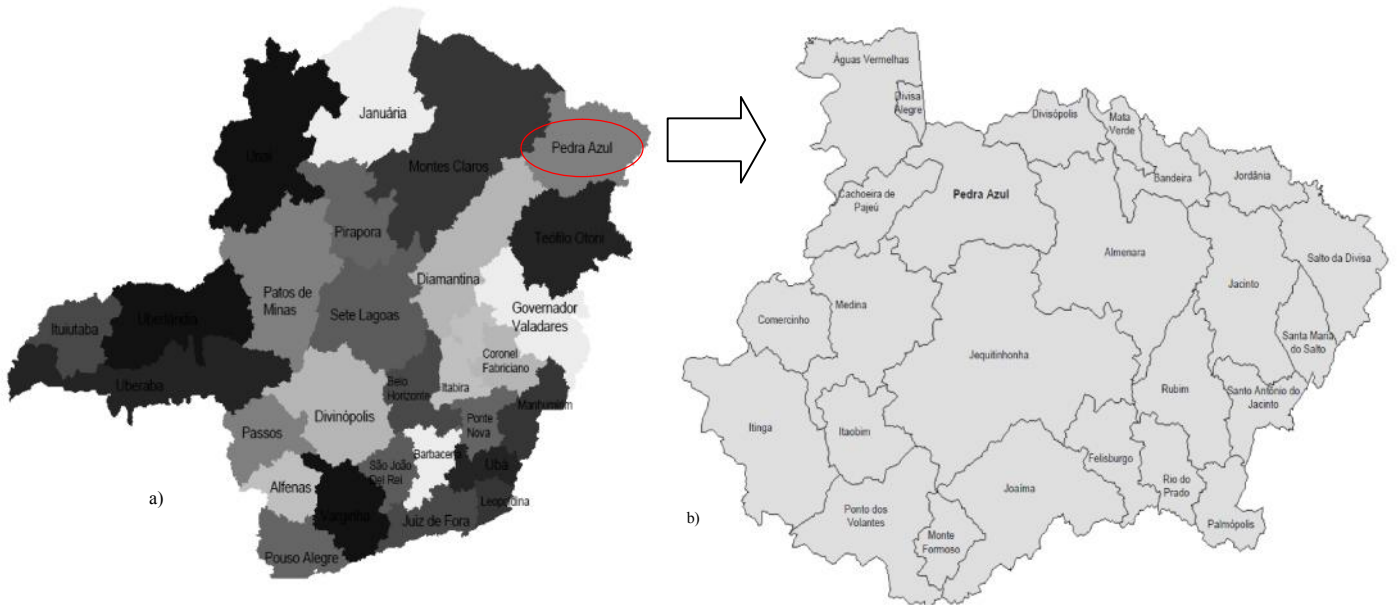


Figura 1 – a) Mapa de Minas Gerais de acordo com a GRS b) Mapa dos Municípios que compõem a GRS de Pedra Azul.

Fonte: SECRETÁRIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (2011).

A regional de Pedra Azul localizada a nordeste de Minas Gerais constitui-se em um cenário propício para o desenvolvimento deste estudo, pois apresenta índices de prevalência de esquistossomose em alguns municípios relativamente altos (QUADRO 1). Há ainda uma dificuldade por parte da GRS em atualizar as atividades do PCE no respectivo sistema de informação do programa ao longo da década passada, o que nos leva a refletir sobre a real situação da doença nesta região. Além disso, está localizada em uma área determinada como endêmica para esquistossomose no Estado sendo, portanto, prioritária a efetivação de ações de vigilância e controle desta doença (FIGURA 2).



Figura 2 – Mapa das áreas endêmicas de esquistossomose em Minas Gerais.  
Fonte: DRUMMOND (2010).

Abaixo seguem informações utilizadas para justificar proposta relativas à população total e população que participou das atividades exercidas pelo PCE por município nos dois últimos biênios dos municípios pertencentes a GRS de Pedra Azul (QUADRO 1).

MUNICIPIOS	População Total/ IDH-M	2007		2008		2009		2010	
		Pop. Trab. PCE	% Positividade	Pop. Trab. PCE	% Positividade	Pop. Trab. PCE	% Positividade	Pop. Trab. PCE	% Positividade
Águas Vermelhas	12.722 / 0,628	1525	9,02	3432	10,54	2353	4,18	...	...
Almenara	38.775 / 0,668	3911	4,56	4081	3,21	1708	3,96	...	...
Bandeira	4.988 / 0,609	348	10,43	...	...	983	2,39	...	...
Cachoeira de Pajeú	8.962 / 0,622	1232	5,93	...	...	299	8,40	...	...
Comercinho	8.309 / 0,603	...	...	...	...	...	...	...	...
Divisa Alegre	5.884 / 0,656	...	...	...	...	1367	7,78	...	...
Divisópolis	8.974 / 0,605	...	...	...	...	...	...	...	...
Felisburgo	6.877 / 0,686	...	...	1560	3,91	...	...	...	...
Itaobim	21.001 / 0,689	6733	8,18	...	...	1983	8,24	...	...
Itinga	14.407 / 0,624	919	7,88	...	...	...	...	...	...
Jacinto	12.134 / 0,632	-	...	634	7,41	...	...	...	...
Jequitinhonha	24.131 / 0,668	448	4,02	1026	45,63	...	...	...	...
Joáima	14.941 / 0,646	...	...	...	...	764	12,02	...	...
Jordânia	10.324 / 0,646	3941	4,1	3581	1,23	3567	1,96	1189	1,26
Mata Verde	7.874 / 0,604	...	...	2507	6,54	1993	6,68	-	...
Medina	21.026 / 0,645	1603	14,33	...	...	...	...	...	...
Monte Formoso	4.656 / 0,570	...	...	...	...	...	...	...	...
Palmópolis	6.931 / 0,615	2863	13,62	1058	11,27	1480	10,13	...	...
Pedra Azul	23.839 / 0,660	...	...	...	...	...	...	...	...
Ponto dos Volantes	11.345 / 0,595	1115	15,14	812	24,7	772	9,90	318	7,46
Rio do Prado	5.217 / 0,626	1764	3,34	961	1,19	1652	4,23	...	...
Rubim	9.919 / 0,625	4341	3,97	2275	2,53	2180	4,15	...	...
Salto da Divisa	6.859 / 0,642	...	...	...	...	41	...	...	...
Santa Maria do Salto	5.284 / 0,633	1074	30,75	492	48,98	-	...	...	...
Santo Antônio do Jacinto	11.775 / 0,611	...	...	...	...	...	...	...	...

Quadro 1. Número de habitantes, da população trabalhada pelo PCE e dos casos positivos para esquistossomose por município no período entre 2007 e 2010. Fonte: IBGE 2010, PNUD 2000 e SISPCE.

### **3.2 População do estudo**

Foram convidados a participar do estudo o Secretário Municipal de Saúde, o Coordenador da Estratégia da Saúde da Família e o Coordenador do Serviço de Controle de Endemias/zoonoses de cada município da Gerência Regional de Saúde (GRS) de Pedra Azul em um total de 75 profissionais.

Além destes, também foram convidados 103 profissionais de saúde (médico ou enfermeiro) das equipes de Estratégia Saúde da Família dos 25 municípios pertencentes à GRS Pedra Azul. Cada convidado, seja ele médico ou enfermeiro, representou sua respectiva equipe em seu município, sendo cada equipe da ESF uma unidade inicial de estudo. Abaixo, seguem todos os municípios participantes do estudo e suas respectivas Equipes de Saúde da Família (QUADRO 2).

Nº	Municípios	Quest.	Nº de ESF	Nome da ESF	Nº	Municípios	Quest.	Nº de ESF	Nome da ESF
1	Águas Vermelhas	Ok	1	Progresso			Ok	4	Alvorada
	<b>IDSUS – 5,70</b>	Ok	2	Águas Vermelhas			Ok	5	São João
		...	3	Campo Novo			Ok	6	Estação da Luz
		...	4	Machado	10	Itinga	Ok	1	Água Branca
		...	5	Itamaraty		<b>IDSUS – 5,25</b>	Ok	2	Vida e Paz
2	Almenara	Ok	1	Central			...	3	São Pedro
	<b>IDSUS – 5,17</b>	Ok	2	São Pedro			Ok	4	Novo Horizonte
		Ok	3	Pedro Gomes	11	Jacinto	Ok	1	Havaí
		Ok	4	Cidade Nova		<b>IDSUS – 5,93</b>	Ok	2	Bom Jardim
		Ok	5	São Judas Tadeu			Ok	3	Jaguarão
		Ok	6	Pedra Grande			Ok	4	Vida Nova
		...	7	Santo Antônio			Ok	5	Amigos da Família
		Ok	8	Darwin Cordeiro	12	Jequitinhonha	Ok	1	São José
		Ok	9	Universitário		<b>IDSUS – 6,35</b>	Ok	2	Santa Luzia
3	Bandeira	Ok	1	Bandeira			Ok	3	Sto. Antônio
	<b>IDSUS – 5,57</b>	Ok	2	Timorante			Ok	4	Central
4	Cachoeira de Pajeú	Ok	1	Cachoeira Saudável			Ok	5	Guarani
	<b>IDSUS – 5,83</b>	Ok	2	Dona Lola			Ok	6	SPJ
		Ok	3	Saúde ao alcance do povo			Ok	7	Aldeia
5	Comercinho	Ok	1	Lauro Rocha			Ok	8	Alvorada
	<b>IDSUS – 5,64</b>	Ok	2	Retiro da Saudade	13	Joáima	Ok	1	Central
		Ok	3	Saudade e Progresso		<b>IDSUS – 5,61</b>	Ok	2	Bela Vista
		Ok	4	Saúde e Esperança			Ok	3	Ipê
6	Divisa Alegre	Ok	1	Águia			Ok	4	Trab. pela vida
	<b>IDSUS – 5,57</b>	Ok	2	Bela Vista	14	Jordânia	Ok	1	Dr. João Tavares 1
		Ok	3	Beija Flor		<b>IDSUS – 5,47</b>	Ok	2	Dr. João Tavares 2
7	Divisópolis	Ok	1	Divisópolis			Ok	3	Dr. Severo Leite
	<b>IDSUS – 5,53</b>	Ok	2	Dionísio Meireles I	15	Mata Verde	Ok	1	Por uma vida
		Ok	3	Dionísio Meireles II		<b>IDSUS – 5,28</b>	Ok	2	Saúde é tudo
8	Felisburgo	Ok	1	Comunidade Feliz			Ok	3	Saúde é vida
	<b>IDSUS – 6,10</b>	Ok	2	Saúde em Ação	16	Medina	Ok	1	Bela Vista
						<b>IDSUS – 5,88</b>	Ok	2	Gov. Dutra
9	Itaobim	Ok	1	Esperança			Ok	3	Saudade
	<b>IDSUS – 6,25</b>	Ok	2	São Cristóvão			Ok	4	Bonfim
		Ok	3	Centro			Ok	5	Cristo Rei

Quadro 2. Descrição das cidades participantes do estudo com suas respectivas equipes de ESF e seus valores do IDSUS 2011 (continua).

Nº	Municípios	Quest.	Nº de ESF	Nome da ESF	Nº	Municípios	Quest.	Nº de ESF	Nome da ESF
		Ok	6	Aliança			Ok	4	Central
		Ok	7	José Palis			Ok	5	Moraes
17	Monte Formoso	Ok	1	Maria Nunes	21	Rio do Prado	Ok	1	Rio do Prado
	IDSUS – 6,00	...	2	Cristo Rei		IDSUS – 6,39	Ok	2	Vila Formoso
18	Palmópolis	Ok	1	Saúde é vida	22	Rubim	Ok	1	Central
	IDSUS – 6,04	Ok	2	Gilberto Campos		IDSUS – 6,12	Ok	2	Rural - Itapiru
		Ok	3	Construindo Saúde	23	Salto da Divisa	Ok	1	Nacor Barreira
19	Pedra Azul	Ok	1	Orlando de Lucena Ruas		IDSUS – 5,54	Ok	2	Inhapimenta
	IDSUS – 6,55	Ok	2	Conceição			Ok	3	Zona rural urbana
		Ok	3	Gissaras	24	Santa Maria do Salto	Ok	1	Saúde e Vida
		Ok	4	Central 1		IDSUS – 5,39	Ok	2	Prevenção é saúde
		Ok	5	Central 2	25	Santo Antônio do Jacinto	Ok	1	Timóteo
		Ok	6	Altino R. dos Santos		IDSUS – 5,33	Ok	2	Joventino Batista
		Ok	7	Plataforma 1			Ok	3	Catajas
		Ok	8	Getulio Vargas			Ok	4	Maria Rosa Bandeira
20	Ponto dos Volantes	Ok	1	Sta. Araçuaí			Ok	5	Saúde para Todos
	IDSUS – 6,00	Ok	2	Palha Boa/Vista					
		Ok	3	Caminho p/ Futuro					

Quadro 2. Municípios participantes do estudo com suas respectivas equipes de ESF e seus valores do IDSUS 2011.

Todos os gestores, Secretários Municipais de Saúde (n=25), Coordenadores dos Programas de Controle da Esquistossomose (n=25) e Coordenadores das Estratégias da Saúde da Família (n=25) foram entrevistados. Quanto aos profissionais de saúde, médicos e/ou enfermeiros, foram entrevistados 97 de um total de 103 profissionais. As ausências referidas foram devido ao fato de alguns profissionais estarem de férias (n=3), impossibilitados de participar da entrevista devido a problemas inesperados no município (n=2) e em viagem (n=1).

### 3.3 Coleta de dados

Foram aplicados quatro questionários para cada um dos gestores e para os profissionais de cada município, sendo que cada um abordava questões de acordo com as competências de cada um.

1. **Questionário com o Secretário Municipal de Saúde:** abordou aspectos relacionados à capacidade instalada dos serviços de saúde municipal, seus recursos humanos, financiamento do PCE, estratégias de controle da esquistossomose do município, fatores dificultadores e facilitadores da operacionalização destas ações, capacitação e educação permanente dos profissionais envolvidos (Apêndice 01).
2. **Questionário com o Coordenador do Serviço de Controle de Endemias/zoonoses:** abordou aspectos relacionados ao controle e vigilância da esquistossomose no município, a realização de atividades nos últimos anos, notificação compulsória da doença, infraestrutura de trabalho (instalações, material, equipamento), relação com a Gerência Regional de Saúde, registro e organização das ações do PCE, diretrizes do PCE, fatores dificultadores da operacionalização das atividades, aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento dos infectados, assistência ao paciente crônico, capacitação e educação permanente dos profissionais envolvidos (Apêndice 02).
3. **Questionário com o Coordenador da Estratégia Saúde da Família:** abordou aspectos relacionados ao controle e vigilância da esquistossomose na atenção primária, notificação compulsória desta doença, infraestrutura, aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento dos infectados, assistência ao paciente crônico, capacitação e educação permanente dos profissionais envolvidos (Apêndice 03).
4. **Questionário com os Profissionais de saúde (médico ou enfermeiro) da ESF:** abordou aspectos relacionados à estrutura da equipe em que ele está inserido, ao controle e vigilância da esquistossomose no município, notificação compulsória desta doença, aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento dos infectados, capacitação e educação permanente dos profissionais envolvidos (Apêndice 04).

Todos estes questionários foram desenvolvidos com base na literatura e na experiência dos pesquisadores que realizam suas atividades de pesquisa na região há mais de uma década. Antes da aplicação dos instrumentos foi realizado um pré-teste para avaliar a aplicabilidade das perguntas contidas nos questionários adequá-los ao nível de compreensão dos entrevistados. Após esta etapa, os questionários foram aplicados pelos pesquisadores e estudantes de graduação e pós-graduação especificamente treinados para este fim.

Após a coleta, os dados foram digitados no software EpiInfo versão 3.5.1. Foi realizada entrada dupla para minimizar possíveis falhas ou inconsistências no processo de criação do banco de dados. Posteriormente foram gerados formulários contendo todas as informações respectivas para a conferência dos dados e a identificação dos possíveis erros. Após as correções, os dados foram transportados para o Banco de Dados no programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 19.0 (PALLANT, 2005).

### **3.4 Modelo Lógico**

No campo da avaliação, este estudo utilizará o conceito de modelo lógico para a compreensão das várias dimensões do PCE e no processo para a identificação do GI. Modelo lógico é definido como um esquema visual de como um programa deve ser implementado e quais resultados são esperados. A utilização deste modelo permite definir o que deve ser avaliado, pois ele apresenta a forma de implementação do programa para atingir os resultados propostos. A construção do modelo lógico é a primeira etapa do processo de avaliação (MEDINA et al., 2005).

O modelo lógico utilizado neste estudo foi construído com base nas diretrizes técnicas da FUNASA (1998), Guias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2009b) e estudos desenvolvidos por Quinino e colaboradores (QUININO et al., 2009; 2010). Nele estão contempladas as metas do PCE, os insumos necessários, as atividades requeridas para execução dos seus componentes, os produtos esperados, os resultados e seus efeitos na saúde da população (FIGURA 3). Foram considerados como componentes do PCE: (1) inquéritos coprocópicos censitários, (2) tratamento, (3) controle de moluscos vetores, (4) medidas de saneamento e controle, (5) vigilância epidemiológica, (6) educação em saúde e (7) sistema de informação.



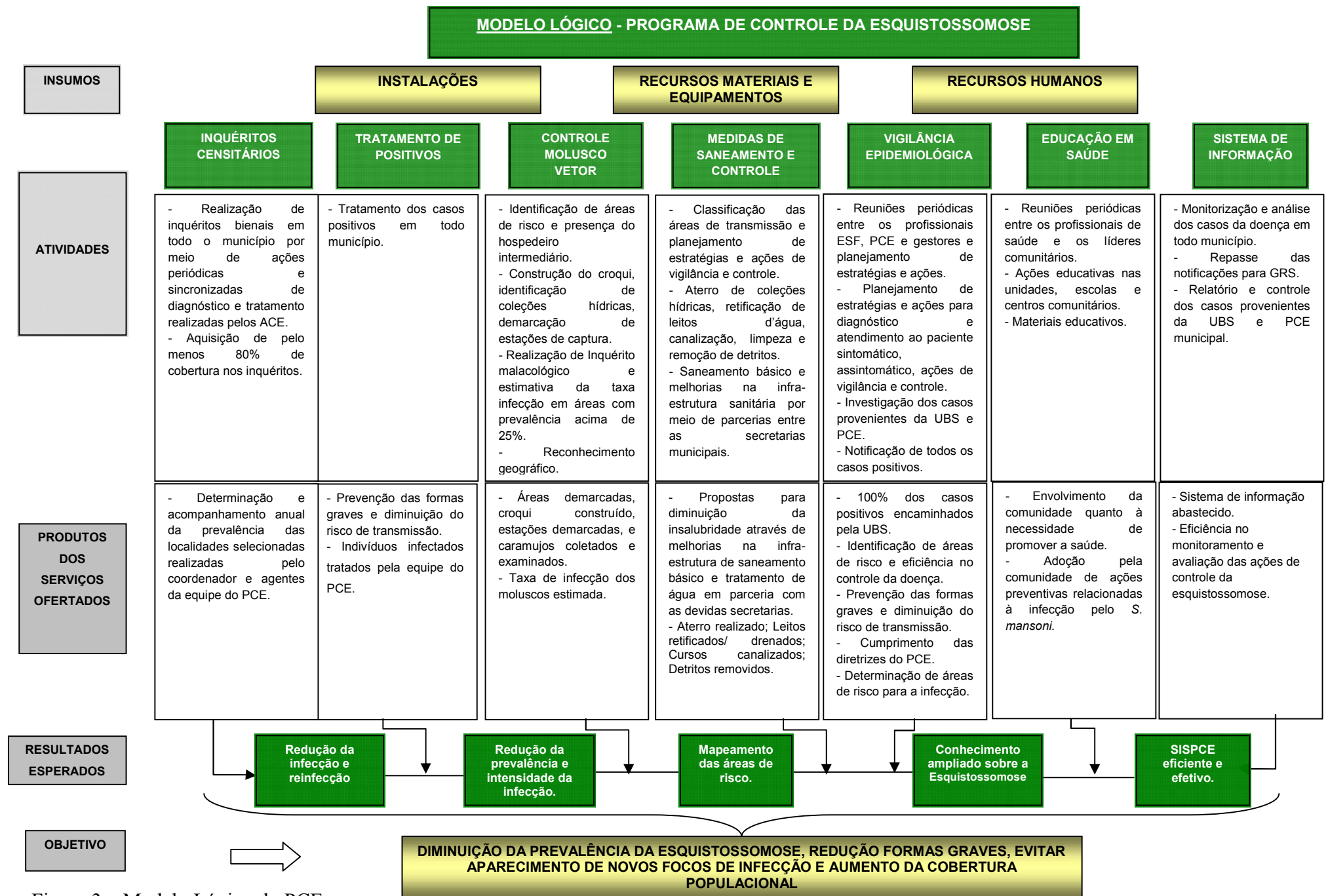


Figura 3 – Modelo Lógico do PCE

### **3.5 Considerações éticas**

Todos os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo, a participação voluntária e a garantia ao anonimato e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado - TCLE (APÊNDICES 5 e 6). O projeto está de acordo com os princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia, contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais com o CAAE - 0640.0.203.000-11 (ANEXO 1).

### **3.6 Análise dos dados**

A análise dos dados foi feita utilizando-se métodos de avaliação normativa e métodos quantitativos.

#### **3.6.1 Análise dos dados – Avaliação Normativa**

O método de avaliação normativa é utilizado para pesquisar cada um dos componentes da intervenção, comparando-os com critérios e normas estabelecidas. Este tipo de avaliação consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços prestados (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas (DONABEDIAN, 1990). Uma intervenção pode ser uma técnica, um tratamento, uma organização, uma determinada política ou um programa (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997). Sendo assim, o PCE se caracteriza como uma intervenção, pois se trata de um programa com objetivos e metas bem definidos, que utiliza recursos humanos, financeiros, materiais e simbólicos para agir em situações problemáticas, como o controle da esquistossomose. Neste caso utilizamos as diretrizes técnicas do controle da esquistossomose estabelecidas pelo Ministério da Saúde (FUNASA, 1998).

A avaliação do processo e da estrutura foi feita utilizando-se o sistema de escores que atribuem pontos aos seus subcomponentes de duas formas, sendo a primeira realizada a partir de um sistema de pontuação simples para as variáveis dicotômicas onde os pontos são atribuídos a faixas de percentual atingidas por indicadores pré-estabelecidos conforme descreve Quinino et al. (2010). Em um segundo momento, a partir desta pontuação dada a cada município foi feita a somatória dos valores dos itens de cada dimensão, multiplicando-se o respectivo peso para obter o valor de cada componente. A análise descritiva das questões

relacionadas aos recursos financeiros disponibilizados para a realização das atividades, aos recursos humanos e materiais, às dificuldades em realizar as atividades do PCE, a relação com a Gerência Regional entre outros também será apresentada na tese. Ressalta-se que a dimensão resultado não foi abordada devido a insuficiência de informações precisas e registradas durante a coleta de dados, inviabilizando a construção de indicadores consistentes e relevantes.

### 3.6.1.1 Categorias de Análise

#### **Categorias de análise para determinação do Grau de Implantação (GI) baseadas no modelo lógico.**

Para avaliação das dimensões estrutura e processo foram levados em consideração os seguintes elementos expostos abaixo:

<b>CATEGORIAS PARA CÁLCULO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO</b>	
<b>Estrutura</b>	Instalações
	Recursos materiais e equipamentos
	Recursos humanos e habilitação profissional
<b>Processo</b>	
- Dimensão Técnica	Inquéritos coprocópicos censitários
	Tratamento dos infectados
	Controle do molusco vetor
	Educação em Saúde
	Vigilância epidemiológica/Sistema de informação
	Indicadores de cobertura
- Dimensão Organizacional e Política	Políticas Municipais
	Medidas de saneamento
	Delimitação epidemiológica

Quadro 3. Descrição das categorias de cálculo do GI (FUNASA, 1998).

#### 3.6.1.1.1 Estrutura

Na avaliação da estrutura foram considerados aspectos referentes às instalações, aos recursos materiais e equipamentos e aos recursos humanos como o número, variedade e qualificação dos profissionais explicitados no modelo lógico, buscando responder se os recursos são suficientes para a realização das atividades do Programa de Controle da Esquistossomose.

- **Instalações**

Presença de uma estrutura física adequada à realização das atividades desempenhadas pela equipe do PCE, como a confecção e leitura das lâminas, laboratório, podendo esta ser utilizada em conjunto com o controle de endemias/zoonose.

- **Recursos materiais e equipamentos**

São todos os materiais necessários ao funcionamento adequado do programa. Incluem os Kits de diagnóstico do método Kato-Katz (KATZ; CHAVES; PELLEGRINO, 1972), microscópio, lâminas, recipientes para coleta do material a ser examinado, veículo, mapas e croquis, material para ações de malacologia (conchas, coletores e potes), computador e material educativo.

- **Recursos Humanos e Habilitação profissional**

São todos os profissionais responsáveis pelas atividades de prevenção e controle da esquistossomose devidamente capacitados para desenvolver suas respectivas funções. São estes:

- a) Agente Comunitário de Endemias (ACE): profissionais que realizam a distribuição e o recolhimento dos potes coletores junto à comunidade.
- b) Coordenador do PCE: responsável direto pela gerência do programa e organização do serviço.
- c) Laboratorista: responsável pela leitura das lâminas.
- d) Auxiliar de laboratório: responsável pela preparação de lâminas.
- e) Equipe responsável pelas ações de vigilância e controle: serão compostas por uma equipe de profissionais que integram o PCE e que tenham recebido capacitação da GRS para realização destas atividades na comunidade.

#### **3.6.1.1.1.2 Processo**

Para avaliação do processo no modelo lógico levou-se em consideração duas dimensões. A primeira, denominada dimensão técnica dos serviços buscou identificar a adequação dos serviços ao proposto pelo PCE e o entendimento da proposta pela equipe. A segunda, denominada dimensão organizacional avaliou a cobertura do programa no município

e o apoio institucional, buscando responder se a organização administrativa favorece a continuidade e a globalidade da proposta (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

### **Dimensão Técnica**

- **Inquéritos coproscópicos censitários**

Verificou-se a ocorrência no intervalo de tempo máximo de 02 anos em todo o município, se há planejamento das ações antes de se dirigir ao campo, se há utilização de critérios epidemiológicos e ambientais para selecionar as áreas de atuação, se há cobertura de áreas urbanas e rurais, se trabalha com percentuais mínimos de perda e se, durante o processo de busca ativa, atingiu no mínimo 80% da população do município.

- **Tratamento dos casos positivos**

Abordou-se a maneira pela qual é realizado o tratamento dos casos positivos pelo PCE nos municípios investigados, seus responsáveis, bem como a dispensação do medicamento.

- **Controle do molusco vetor**

Verificou a realização da coleta periódica de caramujos e se realiza demarcação de estações de captura.

- **Educação em saúde**

Verificou-se a realização de ações educativas na comunidade, se há envolvimento da comunidade nas ações de controle e se há parceria com a ESF ou com escolas e igrejas.

- **Vigilância epidemiológica**

Verificou-se a existência de trabalho integrado entre a ESF e o PCE, se há controle das informações por parte dos responsáveis pelo Programa no município, se há registro dos casos provenientes da demanda passiva e se há investigação dos casos graves e óbitos.

- **Indicadores de cobertura**

Para avaliar o processo foi necessário identificar indicadores de cobertura referentes a determinadas atividades desenvolvidas pelo programa nos municípios no ano de 2010.

a) Percentual da população da área endêmica trabalhada por município/ano: esse indicador tem o objetivo de acompanhar as atividades de diagnóstico e tratamento desenvolvidas junto a

população, considerando um percentual de cobertura de pelo menos 80%, conforme preconizado. O cálculo da população trabalhada por ano foi feito somando-se todos os exames realizados pelo município no ano de 2010 e dividindo-se pela metade da população municipal, tendo em vista o tempo de dois anos para atingir toda a população.

$$\% \text{ da população trabalhada} = \frac{\text{População trabalhada por ano} \times 100}{\text{população no ano considerado}}$$

b) Percentual de pacientes com diagnóstico positivo para esquistossomose no ano de 2010 registrado no município, ou seja, a positividade da doença na população trabalhada.

$$\% \text{ de casos positivos} = \frac{\text{Casos positivos} \times 100}{\text{população trabalhada no ano considerado}}$$

c) Percentual de amostras recolhidas: este indicador avalia o percentual de potes coletores com amostras recolhidos em relação aos que foram entregues aos moradores. Ele objetiva verificar a adesão da população ao programa e foi calculado considerando-se a média anual de coletores recolhidos e entregues:

$$\% \text{ de amostras clínicas recolhidas} = \frac{\text{Coletores recolhidos} \times 100}{\text{potes entregues no ano considerado}}$$

d) Cobertura de tratamento: este indicador verifica o percentual médio de pessoas tratadas utilizando a fórmula abaixo.

$$\% \text{ cobertura de tratamento} = \frac{\text{Tratados} \times 100}{\text{casos positivos no ano considerado}}$$

## **Dimensão Organizacional e Política**

### **▪ Políticas Municipais**

Verificou se o município possui estratégias ou ações específicas que potencializam as ações do PCE ou da ABS quanto à prevenção e controle da esquistossomose em sua área de abrangência.

### **▪ Medidas de saneamento**

Verificou se o município, devido aos problemas gerados pela doença ou em caráter preventivo, já realizou alguma medida de saneamento visando o controle da esquistossomose como canalização de córregos, construção de banheiros, limpeza e remoção de vegetação em suas margens, aterro de coleções hídricas entre outros.

### **▪ Delimitação epidemiológica**

Verificou se o município realizou inquéritos coproscópicos amostrais em áreas com positividade desconhecida com o objetivo de delimitar áreas de risco, detectar casos e outros fatores que contribuem para o estabelecimento da transmissão da doença;

## **Análise para determinação do Grau de Implantação (GI)**

A avaliação do GI da estrutura e do processo dos Programas de Controle da Esquistossomose foi feita utilizando-se um sistema de escores adaptado de Felisberto e Vieira da Silva (2001) e Quinino (2009a). Para sua construção foi utilizada a técnica Delphi como opção de escolha para validar o instrumento de avaliação no âmbito do PCE, a partir do consenso entre os escores a serem atribuídos no GI. Esta técnica auxilia o planejamento em situações de carências de dados ou quando a finalidade é estimular a criação de novas idéias e tendências, geralmente de índole técnico-científica. A técnica Delphi tem sido definida como uma técnica de processo grupal que tem por finalidade obter, comparar e direcionar o julgamento de peritos para um consenso sobre um tópico particular, promovendo a convergência e o consenso de opiniões (SPÍNOLA, 1984).

A apreciação do quadro de escores foi realizada pelo próprio autor e por um grupo de seis pesquisadores especialistas nesta temática com, no mínimo, cinco anos de experiência em pesquisas, além de um gestor em saúde do PCE do Ministério da Saúde. Estes profissionais receberam, por meio de correio eletrônico, a proposta organizada em forma de matriz de categorias e subcategorias (QUADRO 4 e 5). As dimensões propostas foram definidas pelo autor, baseado nos estudos de Felisberto (2001) e Quinino (2009a), sendo que seus subitens

obrigatoriamente atingem o somatório de 100 (cem) pontos em todas as dimensões investigadas. O julgamento foi realizado atribuindo-se valores aos componentes do processo, e da estrutura de acordo com a proposta de avaliação normativa. De posse das respostas foi feita a média aritmética dos valores de cada item da matriz.

O grau de implantação do PCE é um indicador sintético que foi definido a partir das suas dimensões relacionando os resultados encontrados com os preconizados pela normatização oficial do programa (QUININO, 2009a). Após definição dos valores atribuídos pelo grupo de pesquisadores foi estabelecido o peso em cada um dos casos. Quanto maior a sua importância, maior o peso e vice versa. As matrizes foram compostas por vinte e oito (28) itens avaliados na dimensão estrutura (QUADRO 4) e vinte (20) itens se referindo a dimensão processo (QUADRO 5).

No item estrutura, foram utilizados os componentes que abordaram questões relacionadas aos recursos humanos e suas habilitações profissionais e aos recursos materiais necessários para a realização das atividades.



CATEGORIA (DIMENSÃO)	SUBCATEGORIA (COMPONENTE)	SUB-COMPONENTES/ PADRÃO		PONT. MÁXIMA	
ESTRUTURA	Equipe de trabalho do PCE	Coordenador do PCE		5	
		Equipe responsável pelas ações de vigilância da esquistossomose		5	
		ACE (distribuidor/recolhedor)		4	
		Laboratorista		4	
		Auxiliar de laboratório		3	
	<b>TOTAL EQUIPE</b>				<b>21,0</b>
	Habilitação profissional	Laboratorista treinado sobre ações de vigilância e controle da esquistossomose		4	
		ACE (distribuidor/recolhedor) treinados sobre ações de vigilância e controle da esquistossomose		3	
		Auxiliar de laboratório treinado sobre ações de vigilância e controle da esquistossomose		3	
		Laboratorista treinado sobre ações de controle do caramujo		2	
		Auxiliar de laboratório treinado sobre ações de controle do caramujo		2	
		ACE (distribuidor/recolhedor) treinados sobre ações de controle do caramujo		3	
		Equipe médica da APS treinada/sensibilizada sobre ações de vigilância e controle da esquistossomose		4	
		Equipe de enfermagem da APS treinada/sensibilizada sobre ações de vigilância e controle da esquistossomose		4	
		Equipe de ACS da APS treinada/sensibilizada sobre ações de vigilância e controle da esquistossomose		4	
	<b>TOTAL HABILITAÇÃO</b>				<b>28,0</b>
	Recursos materiais	Inquéritos censitários/epidemiológica	coproscópicos delimitação	Potes e Etiquetas em número suficiente para a demanda	4
				Formulário para trabalho de campo	4
			Veículo		4
			Mapa de delimitação epidemiológica		3
			Croqui com coleções hídricas		3
		Estrutura Física	Sede ou setor próprio		3
			Setor de epidemiologia no município		3
		Laboratório	Kits Kato-Katz		4
			Lâminas		4
			Microscópio		4
		Tratamento	Praziquantel		5
Controle do molusco vetor		Recebimento de material malacológico para realização de atividades		3	
Educação em saúde		Material educativo (folder, mídia, eletrônica, etc.) p/ a população nos últimos 02 anos.		4	
		Adoção de algum material do Ministério da Saúde para orientação das atividades		3	
<b>TOTAL RECURSOS MATERIAIS</b>				<b>51,0</b>	
<b>TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO ESTRUTURA</b>				<b>100</b>	

Quadro 4. Matriz de categorias e subcategorias de análise da dimensão da estrutura e pontuação máxima de cada subcomponente baseadas no Manual de Diretrizes Técnicas para Controle da Esquistossomose (FUNASA,1998).

A avaliação do processo foi feita da mesma forma e inclui componentes relacionadas aos inquéritos coproscópicos censitários, tratamento de doentes, controle do molusco, medidas de saneamento, educação em saúde, vigilância epidemiológica e indicadores de cobertura (QUADRO 5).

CATEGORIA (DIMENSÃO)	SUBCATEGORIA (COMPONENTE)	SUB-COMPONENTES/ PADRÃO	PONT. MÁXIMA
PROCESSO	Inquéritos coproscópicos censitários	Utiliza indicadores ou estratégias para planejar a busca ativa antes de ir a campo	5
		O percentual de EPF realizados no município no período de 02 (dois) anos atinge pelo menos 80% de cobertura	6
		Observa o intervalo de tempo mínimo entre a realização de dois inquéritos numa mesma área	5
		Abrange toda a extensão do município em um período de 02 (dois) anos de investigação	5
		Realiza inquéritos na zona rural e urbana	5
	Tratamento de doentes	Encaminhamento de pacientes para o profissional da atenção básica	5
		Os pacientes são tratados em dose única na presença do profissional responsável	6
	Controle do molusco vetor	Realização de ações de controle do caramujo	4
		Coleta periódica de caramujos para identificação de taxas de infecção	4
	Medidas de saneamento	Realização de ações de saneamento em parceria com setores responsáveis	5
	Educação em saúde	Realização de atividades educativas para prevenção da esquistossomose	5
		Material educativo (folder, mídia, eletrônica, etc.) para a população	5
		Material educativo (folder, mídia, eletrônica, etc.) para os profissionais de saúde	5
		Disponibilização dos indicadores gerados com os registros da busca ativa aos profissionais de saúde do município	5
	Vigilância epidemiológica	Todos os casos identificados pelo PCE são repassados a APS e bem como o inverso	5
		Registro da produção de busca ativa realizada no município no ano anterior	5
	Indicadores de Cobertura (2010)	Percentual EPF realizados: POPULAÇÃO TRABALHADA.	5
		Percentual de casos de esquistossomose confirmados (Positividade)	5
		Percentual de amostras recolhidas/perdidas	4
		Percentual de casos de esquistossomose tratados	6
<b>TOTAL</b>			<b>100,0</b>
<b>TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO PROCESSO</b>			<b>100,0</b>

Quadro 5. Matriz de categorias e subcategorias de análise da dimensão do processo e pontuação máxima de cada subcomponente baseadas no Manual de Diretrizes Técnicas para Controle da Esquistossomose (FUNASA, 1998).

Para avaliação do item cobertura foram utilizados os indicadores do percentual de EPF realizados (População trabalhada), percentual de amostras perdidas e recolhidas, casos confirmados da infecção e casos de esquistossomose tratados. Para avaliar o item percentual de EPF realizados considerou o valor de 100% a atribuição de 5 pontos, entre 71 e 100% foram atribuídos 3 pontos, de 50 a 70% 1 ponto e 49% ou menos 0 ponto. Para o indicador de percentual de casos confirmados de esquistossomose foram utilizados: menor do que 5% de positividade foram atribuídos 5 pontos, entre 5 e 15% foram atribuídos 3 pontos, entre 15 e 20% de prevalência foram atribuídos 1 ponto e maior que 20%, 0 ponto. Para o indicador de percentual de amostras perdidas foi utilizado: menor do que 5% foram atribuídos 4 pontos, entre 5% e 25% de perda foram atribuídos 2 pontos, entre 25 e 50% de perda foram atribuídos 1 ponto e 51% ou mais, 0 ponto. Já para o indicador de percentual de casos tratados de esquistossomose foram utilizados: >90% dos casos tratados foram atribuídos 6 pontos, entre 70% e 90% foram atribuídos 4 pontos, entre 50% e 70% dos casos tratados foram atribuídos 2 pontos e menor que 50%, 0 ponto. Além destes, todas as questões cujas alternativas de respostas apresentavam mais de duas opções foi atribuído: o total de pontos para as atividades realizadas frequentemente conforme preconizado Diretrizes Técnicas para Controle da Esquistossomose (FUNASA,1998), 60% do total de pontos para as realizadas esporadicamente ou consideráveis pertinentes porém incompletas/insuficientes e 0 para as inexistentes ou incoerentes com o exigido pelo programa.

O uso desta metodologia para a avaliação permitiu a identificação dos fatores dificultadores em ambas as categorias relacionadas à atuação do PCE nos municípios. Todos os pontos atribuídos pelo autor às matrizes de categorias e subcategorias representadas por variáveis dicotômicas tiveram seus respectivos pesos em função de sua importância e das atividades desenvolvidas na região, baseada na técnica Delphi. Posteriormente, foi obtida a pontuação total atingida nas dimensões estrutura, processo e resultados através do somatório dos pontos provenientes da avaliação de todos componentes citados anteriormente. Cada dimensão, baseada em Quinino (2009a), foi então classificada em:

- Excelente: aqueles que atingirem entre 89,1 a 100 pontos;
- Satisfatório: aqueles que atingirem entre 65,1 e 89 pontos;
- Insatisfatório: aqueles que atingirem entre 50,1 e 65 pontos.
- Crítico: abaixo de 50 pontos.

A partir desta pontuação, foram feitas considerações a respeito dos pontos críticos referentes a cada processo trabalhado no programa, de acordo com seu município. O indicador composto “Grau de Implantação do PCE” foi obtido a partir do somatório das pontuações atingidas por cada município em relação à estrutura e processo, considerando-se peso seis (6) para a dimensão processo e peso quatro (4) para a estrutura. Sendo assim, o cálculo da pontuação para cada município foi:

➤ **Componente Estrutura (CE)**

$$CE: [\Sigma (c1 + c2 + \dots cn)] \times 4$$

Variáveis dicotômicas

Onde: CE = Componente Estrutura; c = subcomponente;

➤ **Componente Processo (CP)**

$$CP: [\Sigma (c1 + c2 + \dots cn) + \Sigma (c1 + c2 + \dots cN)] \times 6$$

Variáveis dicotômicas + Indicadores

Onde: CP = Componente Processo; c = subcomponente;

E a pontuação final: **GI = CE + CP / 10**

Após a atribuição dos pontos e o cálculo da devida proporção atingida para cada uma das matrizes foi possível classificar então o GI do PCE de cada um dos municípios, conforme descrito por Quinino (2009a) em seu trabalho:

- **Implantado - entre de 80 a 100% do total de pontos;**
- **Parcialmente implantado - entre 50 e 79% do total de pontos;**
- **Não implantado - quando o componente atingir menos de 50% do total de pontos.**

### 3.6.2 Análise dos dados – Métodos Quantitativos

Inicialmente foi realizada a análise descritiva para apresentação dos dados obtidos em todos os instrumentos de coleta, juntamente com a metodologia avaliativa. Médias, medianas, desvios-padrão, distribuição percentual e de frequências foram calculadas de acordo com a distribuição de cada variável pesquisada.

### 3.6.2.1 Esquistossomose na Estratégia Saúde da Família

Após a coleta de informações sobre a assistência prestada na APS aos indivíduos residentes de área endêmica para esquistossomose foram descritos os atributos dos profissionais da ESF participantes do estudo de acordo a profissão, atividades realizadas, capacitação e organização do trabalho.

Considerando que a qualidade da assistência prestada relacionada ao diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose pela ESF na APS nos municípios investigados é impossível ser mensurada de forma direta, optou-se por aplicar a análise de Modelos de Variáveis Latentes para definir um escore para este construto. A escala de valores, segundo a qual esse construto foi avaliado, foi produzida a partir das atividades consideradas essenciais ao desenvolvimento das ações de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose.

Modelos Variáveis Latentes - MVL constituem uma classe geral de modelos adequados para a análise de dados multivariados. Em princípio, estes são modelos de regressão multivariada que ligam respostas contínuas ou categóricas à covariáveis não observadas (BARTHOLOMEW; KNOTT, 1999). Os pressupostos básicos e objetivos da modelação da variável latente podem ser resumidos como um pequeno conjunto de variáveis que são determinados para explicar as inter-relações em um conjunto de variáveis de resposta observada (BARTHOLOMEW; STEELE; MOUSTAKI; GALBRAITH, 2002).

Para os MVL foi utilizado software R versão 2.8.1 e o pacote Ltm que permite o ajuste dos modelos usando método de máxima verossimilhança marginal. A técnica utilizada para obter a medida do construto qualidade da assistência foi a Teoria de Resposta ao Item (TRI), associada ao Modelo de Rasch e Alfa de Cronbach. O escore da qualidade da assistência prestada foi gerado a partir do *Latent Trait Model* que considera um valor de discriminação específico para cada item (RIZOPOULOS, 2006). Diante deste contexto, o primeiro passo foi a definição das variáveis estudadas. Após as opções coletadas serem devidamente avaliadas em relação a correlação e ajuste do modelo, foram definidas as seguintes variáveis para mensurar a qualidade proposta: (1) materiais e equipamentos para a realização de atividades básicas, (2) realização de reuniões comunitárias pela equipe para desenvolver educação em saúde, (3) solicitação de EPF para todos pacientes, (4) solicitação de EPF para grupos de risco específicos e após ao tratamento com PZQ, (5) notificação e utilização do formulário PCE-108, (6) utilização do método Kato-Katz como escolha para o EPF, (7) tratamento em dose única e dosagem adequada realizado pelo profissional, (8) aquisição de PZQ em um setor saúde municipal por meio de profissionais de saúde, (9) Realização do tratamento em

um setor saúde municipal por meio de profissionais de saúde (10) recebimento de material explicativo sobre o PCE e suas atividades, (11) local do tratamento, (12) parcerias nas ações de vigilância e controle entre os profissionais do PCE e ESF, (13) reuniões entre equipe de ESF para discutir questões sobre esquistossomose, (14) capacitação da equipe do PSF para as ações sobre a doença, (15) local de referência dos casos graves, (16) repasse dos casos positivos da APS ao PCE, (17) participação do gestor municipal na elaboração do Plano Municipal de Saúde, (18) pactuação da esquistossomose na planilha de metas municipal e (19) existência de um setor de epidemiologia (APENDICE 7).

A partir da construção do escore, a qualidade das atividades de diagnóstico, tratamento e controle desenvolvidas pelas equipes da ESF foram classificadas em quatro categorias baseadas no quartil da distribuição do escore: **crítico (<25%), insatisfatório (entre 25% e 50%), satisfatório (entre 50% e 75%) e excelente (>75%)**. Para possibilitar uma avaliação da qualidade em nível municipal e um parâmetro de comparação com o GI foi utilizada a média dos escores obtidos pelas ESF por cidade e realizada novamente o agrupamento para classificação em quatro categorias baseadas no quartil da distribuição do escore: **crítico (<25%), insatisfatório (entre 25% e 50%), satisfatório (entre 50% e 75%) e excelente (>75%)**.

#### 4 RESULTADOS

Dos municípios investigados, doze (48,0%) possuem mais de 10.000 habitantes e oito (32,0%) possuem 40,0% ou mais da população em área rural. Quatorze cidades (56,6%) possuem serviços de média complexidade e 16,0% serviço ambulatorial em policlínica. Todos apresentam serviço de controle de endemias/zoonose e, apenas três, não possuem laboratório no próprio município, não precisando de terceirizar toda a sua demanda (TABELA 1).

Tabela 1 - Distribuição da população e do número de serviços de saúde disponíveis por municípios.

Nome do Município	População		Hospital	Policlínicas	Laboratório Municipal	ESF	Controle de endemias
	Área Urbana	Área Rural					
Águas Vermelhas	8.941	3.781	1	0	1	5	1
Almenara	31.750	7.025	1	0	1	9	1
Bandeira	2.376	2611	0	0	0	2	1
Cachoeira de Pajeú	4.461	4498	1	0	1	3	1
Comercinho	3.555	4754	0	0	1	4	1
Divisa Alegre	5.693	191	0	0	1	3	1
Divisópolis	6.403	2571	1	0	1	3	1
Felisburgo	5.088	1789	1	0	1	2	1
Itaobim	15.779	5222	1	0	1	6	1
Itinga	6.554	7853	0	1	1	4	1
Jacinto	9.197	2937	1	0	1	5	1
Jequitinhonha	17.061	7070	1	0	1	8	1
Joáima	10.273	4668	1	0	1	4	1
Jordânia	7.221	3103	1	0	1	3	1
Mata Verde	6.388	1486	0	0	1	3	1
Medina	15.092	5934	1	0	1	7	1
Monte Formoso	1.700	2956	0	1	0	2	1
Palmópolis	4.488	2443	0	0	1	3	1
Pedra Azul	21.006	2833	1	1	1	8	1
Ponto dos Volantes	4.031	7314	0	0	0	5	1
Rio do Prado	2.730	2487	0	1	1	2	1
Rubim	7.703	2216	1	0	1	2	1
Salto da Divisa	5.749	1110	1	0	1	3	1
Santa Maria do Salto	3.742	1542	0	0	1	2	1
Santo Ant. do Jacinto	6.358	5417	0	0	1	5	1
<b>Total</b>	<b>213.339</b>	<b>93.881</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>22</b>	<b>103</b>	<b>25</b>

O suporte à saúde da população das cidades com menor infraestrutura de serviços em saúde é realizado, quando necessário, por meio de consórcios intermunicipais estrategicamente dispersos ao longo da extensão da GRS de Pedra Azul. Dentre estes, podemos destacar as cidades de Almenara, Jequitinhonha, Jacinto e Itaobim como referência no suporte hospitalar e Pedra Azul e Almenara no suporte laboratorial. Todas as cidades visitadas são cobertas pela Estratégia Saúde da Família, abrangendo em suas atividades, tanto suas áreas urbanas quanto rurais. Exames laboratoriais como hemograma completo (92,0%) e exame parasitológico de fezes (96,0%) são disponibilizados, na maioria dos municípios, em suas sedes, sendo os demais resolvidos de acordo com suas próprias estratégias seja através de terceirização ou por meio de consórcios. Todas as cidades viabilizam o exame de ultrassonografia aos pacientes que necessitam de diagnóstico e acompanhamento de fases crônicas da doença ou complicações no próprio município (64,0%) ou na região (36,0%). Há uma dificuldade em oferecer a este tipo de paciente a endoscopia digestiva (16,0%) no próprio município, entretanto, estes recebem o devido suporte dos consórcios intermunicipais.

#### **4.1 Grau de Implantação dos Programas de Controle da Esquistossomose nos municípios investigados.**

A avaliação da estrutura dos municípios ficou entre a dimensão satisfatória (52,0%) e insatisfatória (48,0%) (QUADRO 6).



<b>N</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>TOTAL ESTRUTURA</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
1	Águas Vermelhas	59	<b>INSATISFATÓRIO</b>
2	Almenara	55	<b>INSATISFATÓRIO</b>
3	Bandeira	68	SATISFATÓRIO
4	Cachoeira do Pajéu	67	SATISFATÓRIO
5	Comercinho	56	<b>INSATISFATÓRIO</b>
6	Divisa Alegre	70	SATISFATÓRIO
7	Divisópolis	74	SATISFATÓRIO
8	Felisburgo	62	<b>INSATISFATÓRIO</b>
9	Itaobim	56	<b>INSATISFATÓRIO</b>
10	Itinga	52	<b>INSATISFATÓRIO</b>
11	Jacinto	71	SATISFATÓRIO
12	Jequitinhonha	75	SATISFATÓRIO
13	Joáima	61	<b>INSATISFATÓRIO</b>
14	Jordânia	62	<b>INSATISFATÓRIO</b>
15	Mata Verde	59	<b>INSATISFATÓRIO</b>
16	Medina	73	SATISFATÓRIO
17	Monte Formoso	59	<b>INSATISFATÓRIO</b>
18	Palmópolis	70	SATISFATÓRIO
19	Pedra Azul	77	SATISFATÓRIO
20	Ponto dos Volantes	71	SATISFATÓRIO
21	Rio do Prado	67	SATISFATÓRIO
22	Rubim	59	<b>INSATISFATÓRIO</b>
23	Salto da Divisa	56	<b>INSATISFATÓRIO</b>
24	Santa Maria do Salto	58	<b>INSATISFATÓRIO</b>
25	Santo Antônio do Jacinto	70	SATISFATÓRIO

Quadro 6 – Pontuação total atingida pelos municípios na dimensão estrutura pelos municípios e sua avaliação.

Treze municípios apresentaram estrutura insatisfatória para realização das ações de vigilância e controle da esquistossomose. Entre eles, estão Santa Maria do Salto e Itinga que não desenvolvem nenhuma atividade do PCE. Importante destacar que os municípios de Pedra Azul, Jequitinhonha, Divisópolis, Medina, Ponto dos Volantes e Jacinto apresentaram mais de setenta pontos nesta dimensão, o que indica uma estrutura adequada para realização das ações.

Quanto a avaliação do processo, a maioria dos municípios investigados (56,0%) atingiu níveis críticos na avaliação desta dimensão. Dez municípios (40,0%) realizam

insatisfatoriamente suas atividades no PCE relacionadas ao processo, estando seus escores próximos a uma classificação crítica e, apenas um (4,0%), realiza suas atividades de maneira satisfatória, ou seja, coerente com as diretrizes estabelecidas pelo PCE (FUNASA, 1998). Destacam-se negativamente na realização destas atividades, como já era esperado, os municípios de Itinga e Santa Maria do Salto (QUADRO 7).

N	MUNICÍPIOS	TOTAL PROCESSO	AVALIAÇÃO
1	Águas Vermelhas	30	<b>CRÍTICO</b>
2	Almenara	28	<b>CRÍTICO</b>
3	Bandeira	58	INSATISFATÓRIO
4	Cachoeira do Pajéu	54	INSATISFATÓRIO
5	Comercinho	13	<b>CRÍTICO</b>
6	Divisa Alegre	62	INSATISFATÓRIO
7	Divisópolis	49	<b>CRÍTICO</b>
8	Felisburgo	63	INSATISFATÓRIO
9	Itaobim	46	<b>CRÍTICO</b>
10	Itinga	3	<b>CRÍTICO</b>
11	Jacinto	45	<b>CRÍTICO</b>
12	Jequitinhonha	37	<b>CRÍTICO</b>
13	Joáima	46	<b>CRÍTICO</b>
14	Jordânia	70	SATISFATÓRIO
15	Mata Verde	52	INSATISFATÓRIO
16	Medina	57	INSATISFATÓRIO
17	Monte Formoso	32	<b>CRÍTICO</b>
18	Palmópolis	64	INSATISFATÓRIO
19	Pedra Azul	55	INSATISFATÓRIO
20	Ponto dos Volantes	54	INSATISFATÓRIO
21	Rio do Prado	41	<b>CRÍTICO</b>
22	Rubim	44	<b>CRÍTICO</b>
23	Salto da Divisa	41	<b>CRÍTICO</b>
24	Santa Maria do Salto	11	<b>CRÍTICO</b>
25	Santo Antônio do Jacinto	55	INSATISFATÓRIO

Quadro7 – Pontuação total atingida pelos municípios na dimensão do processo e sua avaliação.

Após a mensuração das duas dimensões foi calculado o grau de implantação do programa nos municípios. Sete cidades tiveram seus programas classificados como não implantados e, as demais (72,0%), como parcialmente implantados (QUADRO 8).

N	MUNICÍPIO	TOTAL ESTRUTURA	CE*	TOTAL PROCESSO	CP**	GI (GI = CE + CP / 10)	CLASSIFICAÇÃO
1	Águas Vermelhas	59	236	30	180	41,6	NÃO IMPLANTADO
2	Almenara	55	220	28	168	38,8	NÃO IMPLANTADO
3	Bandeira	68	272	58	348	62,0	PARCIALMENTE IMPLANTADO
4	Cachoeira do Pajéu	67	268	54	324	59,2	PARCIALMENTE IMPLANTADO
5	Comercinho	56	224	13	78	30,2	NÃO IMPLANTADO
6	Divisa Alegre	70	280	62	372	65,2	PARCIALMENTE IMPLANTADO
7	Divisópolis	74	296	49	294	59,0	PARCIALMENTE IMPLANTADO
8	Felisburgo	62	248	63	378	62,6	PARCIALMENTE IMPLANTADO
9	Itaobim	56	224	46	276	50,0	PARCIALMENTE IMPLANTADO
10	Itinga	52	208	3	18	22,6	NÃO IMPLANTADO
11	Jacinto	71	284	45	270	55,4	PARCIALMENTE IMPLANTADO
12	Jequitinhonha	75	300	37	222	52,2	PARCIALMENTE IMPLANTADO
13	Joáima	61	244	46	276	52,0	PARCIALMENTE IMPLANTADO
14	Jordânia	62	248	70	420	66,8	PARCIALMENTE IMPLANTADO
15	Mata Verde	59	236	52	312	54,8	PARCIALMENTE IMPLANTADO
16	Medina	73	292	57	342	63,4	PARCIALMENTE IMPLANTADO
17	Monte Formoso	59	236	32	192	42,8	NÃO IMPLANTADO
18	Palmópolis	70	280	64	384	66,4	PARCIALMENTE IMPLANTADO
19	Pedra Azul	77	308	55	330	63,8	PARCIALMENTE IMPLANTADO
20	Ponto dos Volantes	71	284	54	324	60,8	PARCIALMENTE IMPLANTADO
21	Rio do Prado	67	268	41	246	51,4	PARCIALMENTE IMPLANTADO
22	Rubim	59	236	44	264	50,0	PARCIALMENTE IMPLANTADO
23	Salto da Divisa	56	224	41	246	47,0	NÃO IMPLANTADO
24	Santa M. do Salto	58	232	11	66	29,8	NÃO IMPLANTADO
25	Santo Ant. Jacinto	70	280	55	330	61,0	PARCIALMENTE IMPLANTADO

Nota: \* (Total Estrutura) x 4; \*\* (Total Processo) x 6\*\*

Quadro 8 – Pontuação total atingida pelos municípios nas dimensões avaliadas nos municípios e seus respectivos GI conforme a classificação utilizada.

Dentre as cidades cujos Programas de Controle da Esquistossomose foram classificados como não implantados, ressalta-se os municípios de Itinga (22,6) e Santa Maria do Salto (29,8) que receberam os menores valores em todas as dimensões de avaliação. Considerando as dimensões avaliadas, podemos destacar, com os melhores escores, os municípios de Jordânia (66,8%), Divisa Alegre (65,2%) e Palmópolis (66,4%) dentre as vinte e cinco cidades investigadas.

Estes resultados mostram que ainda é distante o caminho para que estas cidades atinjam os valores superiores aos oitenta pontos, necessários para alcançar um nível adequado de implantação. Para facilitar a visualização destas diferenças, os valores são apresentados no gráfico abaixo (GRÁFICO 1):

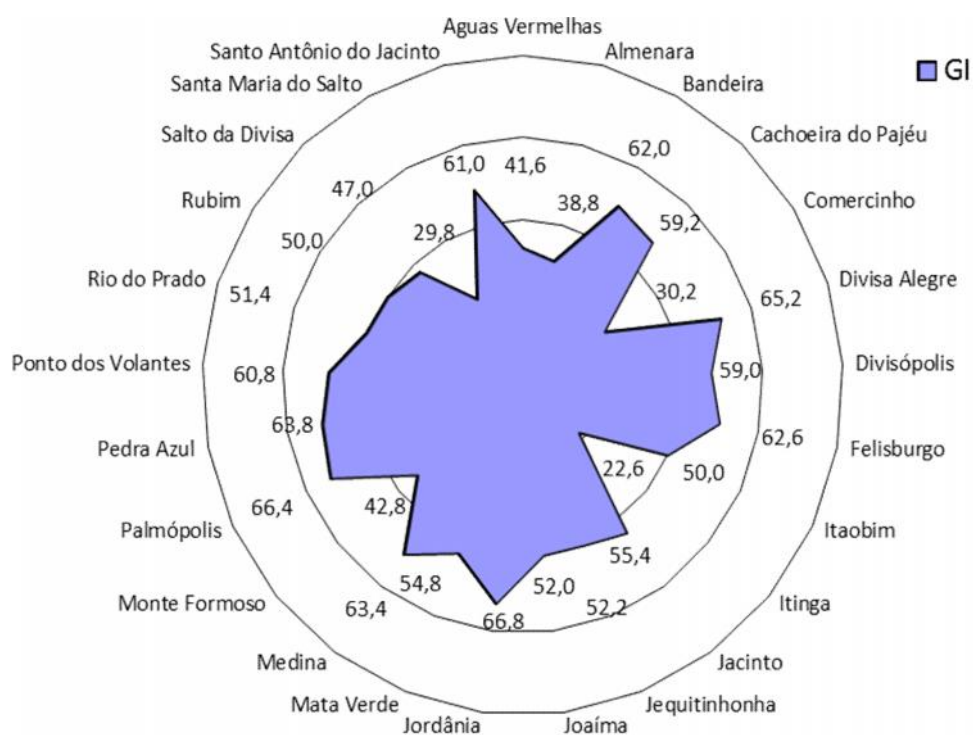


Gráfico 1– Grau de implantação dos municípios investigados - 2012.

Interessante observar que apesar de não haver nenhum PCE implantado adequadamente nos municípios estudados, grande parte dos secretários municipais de saúde, cujas cidades tiveram seus programas classificados como parcialmente implantados, consideraram a esquistossomose não apenas como um problema de saúde, mas também como uma de suas prioridades municipais (TABELA 2).

Tabela 2 – Caracterização da esquistossomose como problema e prioridade de saúde e atividades da gestão em saúde das secretarias municipais – 2012.

Variáveis		Não		Parcialmente	
		Implantado	(%)	Implantado	(%)
Esquistossomose é um problema de saúde em seu município	Não	1	20,0	4	80,0
	Sim	6	30,0	14	70,0
Esquistossomose é uma prioridade de saúde em seu município	Não	5	42,0	7	58,0
	Sim	2	15,3	11	84,6
Município pactuou a Esquistossomose no PAVS 2010	Não	1	16,6	5	83,4
	Sim	3	23,0	10	77,0
	Não sabe informar	3	50,0	3	50,0
Participação das reuniões da Comissão de Intergestores Bipartide (CIB)	Nunca	0	0,0	1	100,0
	Sim, sempre	6	26,0	17	74,0
	Sim, esporadicamente	1	100,0	0	0,0
Participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde	Nunca	2	50,0	2	50,0
	Sim, sempre	5	25,0	15	75,0
	Sim, esporadicamente	0	0,0	1	100,0

Apesar da grande maioria das cidades participarem das discussões da CIB sobre os problemas de saúde da região, alguns entrevistados (40,0%) afirmaram que a esquistossomose nunca foi citada nas pautas de discussão. Estas reuniões, de caráter deliberativo, são importantes para promover estratégias e pactuações necessárias para um controle adequado da doença na região.

Os municípios classificados como parcialmente implantados destacaram-se, ainda, por ter um setor de epidemiologia municipal (67,3%) e por solicitarem (70,0%), eventualmente, treinamentos ou capacitação à gerência regional para seus profissionais sobre ações de vigilância e controle da esquistossomose, segundo seus secretários de saúde. Estas cidades também realizaram a maioria das obras de engenharia sanitária (84,2%) para melhoria desta infraestrutura, sendo todas em parcerias com outras secretarias.

O uso de estratégias ou indicadores utilizados para planejar previamente os inquéritos coprocópicos eram organizados e realizados na grande maioria dos programas classificados como parcialmente implantado, podendo este ser esporádico (25,0%) ou de rotina (15,0%). Apenas um dos municípios classificados como não implantado empregava esta estratégia como rotina. Estes parâmetros podem ser necessários para que estas atividades se tornem mais efetivas e eficientes no controle da endemia. Entretanto, destes que utilizavam estes

indicadores, apenas quatro os utilizavam na implementação de políticas para a melhoria das ações de prevenção e controle da doença ou não sabiam informar se o faziam. Estes indicadores quase não eram disponibilizados aos profissionais de saúde do município nos municípios classificados como parcialmente implantados, seja continuamente (23,0%) ou esporadicamente (12,0%). Quando existiam, estas informações eram repassadas, em alguns municípios, aos seus profissionais por meio de reuniões periódicas (n=1) ou por boletins informativos (n=4).

Em relação às exigências ou cobranças da GRS a respeito da realização das atividades do PCE no município, todos os entrevistados afirmaram que é exigido preenchimento da ficha de notificação PCE-101 (GRÁFICO 2). Porém, fica nítido que os entrevistados cujos programas municipais foram classificados como parcialmente implantados relatam diferentes exigências a serem cumpridas, o que pode sugerir um déficit na integração entre municípios e a GRS quanto ao acompanhamento das atividades do programa.

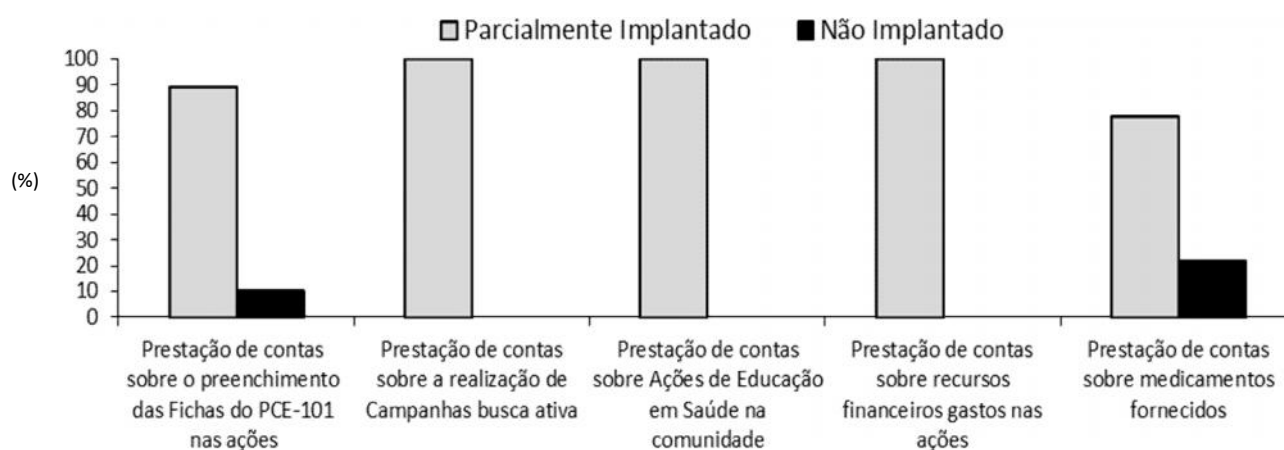


Gráfico 2 – Distribuição das exigências feitas pela GRS aos municípios segundo relato dos coordenadores do PCE de acordo com GI – 2012.

Poucos municípios investigados utilizavam algum Manual do Ministério da Saúde como forma de orientação das ações de vigilância e controle da esquistossomose, sendo a maioria daqueles classificados como parcialmente implantado. Os manuais utilizados foram: o Guia de Vigilância Epidemiológica (n=5), Vigilância e Controle dos Moluscos de Importância Médica (n=1), Guia de Bolso de Doenças Infecto-Parasitárias (n=2) e Cadernos de Atenção Básica em Saúde (n=1). Todos os municípios investigados relataram ter atividades do PCE em cidades circunvizinhas, considerada uma importante estratégia para manter o controle da endemia na região.

#### **4.2 Organização e dinâmica do Programa de Controle da Esquistossomose dos municípios investigados.**

Ao longo dos anos, nos municípios visitados, ficou claro que o PCE vem desenvolvendo suas ações de vigilância e controle da esquistossomose com dificuldades. Apesar do relato de que o PCE funciona há mais de dez anos em 84,0% dos municípios ( $\bar{x} = 12,32$  anos), apenas dez (40,0%) dos vinte e cinco investigados realizaram oito ou mais inquéritos anuais continuamente na última década. Dos demais, quatro municípios tiveram estas atividades de busca ativa interrompidas em algum momento atingindo de cinco a oito anos de trabalhos ininterruptos e o restante ( $n=11$ ) conseguiu apenas desenvolver suas ações durante cinco anos ou menos ao longo dos dez anos investigados.

A grande maioria dos coordenadores do PCE era do sexo masculino (88,0%), foram agentes de endemias (64,0%) ou laboratoristas (20,0%), possuíam ensino médio (76%), não receberam capacitação para gerenciar o programa (64%) e não coordenam somente o programa, mas todas as atividades relacionadas ao controle de endemias do município (76%). Vinte e dois entrevistados relataram que, em seus municípios, dispunham de uma equipe que desenvolvia atividades de controle da esquistossomose, mas também outras relacionadas à dengue, leishmaniose etc. Em onze localidades as equipes desenvolviam atividades exclusivamente do PCE ( $\bar{x}=2,40$  profissionais,  $DP=1,47$ ).

A maioria dos coordenadores (84,0%) do PCE afirmou que as atividades desenvolvidas nos últimos anos estavam sendo realizadas sem maiores problemas. Quatro municípios suspenderam suas atividades em decorrência de dificuldades relacionadas com a priorização de outras ações em saúde no setor ( $n=3$ ), com a falta de recurso financeiro ( $n=2$ ), com a escassez de profissionais responsáveis para a distribuição e o recolhimento do material ( $n=2$ ) e com problemas no transporte do pessoal ( $n=4$ ) pelas comunidades rurais.

Apenas treze das cidades visitadas (52,0%) pactuaram a esquistossomose na Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) no ano de 2010 e, em seis municípios, os respectivos secretários de saúde não souberam informar sua existência (24,0%). Deste total de municípios, somente quatro relataram conseguir cumprir as metas propostas e pactuar, por mais dois anos consecutivos, este importante instrumento de planejamento para a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Dos municípios que não conseguiram atingir o proposto ( $n=9$ ), dois não o justificaram e cinco não souberam informar se justificaram ou não.

Todos os municípios recebem repasse financeiro do governo, equivalente a aproximadamente R\$800,00 mensais em mediana (DP=R\$923,65), para o controle de todas as endemias. Este recurso vai, na maioria dos municípios (80,0%), diretamente para a conta da Secretária Municipal de Saúde (SMS). Entretanto, apenas parte deste valor é utilizado nas atividades do PCE, tendo em vista o gasto com atividades de outras endemias, o que torna o recurso insuficiente para a realização das ações na opinião de 88,0% dos gestores. Em decorrência disso, todos os municípios (n=21) com PCE funcionando necessitam de utilizar outras fontes de recursos, para não interromper os inquéritos censitários. Para isso, é necessária a utilização dos 15,0% dos recursos destinados à saúde municipal para suplementar as ações do serviço de zoonoses dos municípios tais como o pagamento de pessoal, compra de material de escritório, uniforme e combustível (GRÁFICO 3).

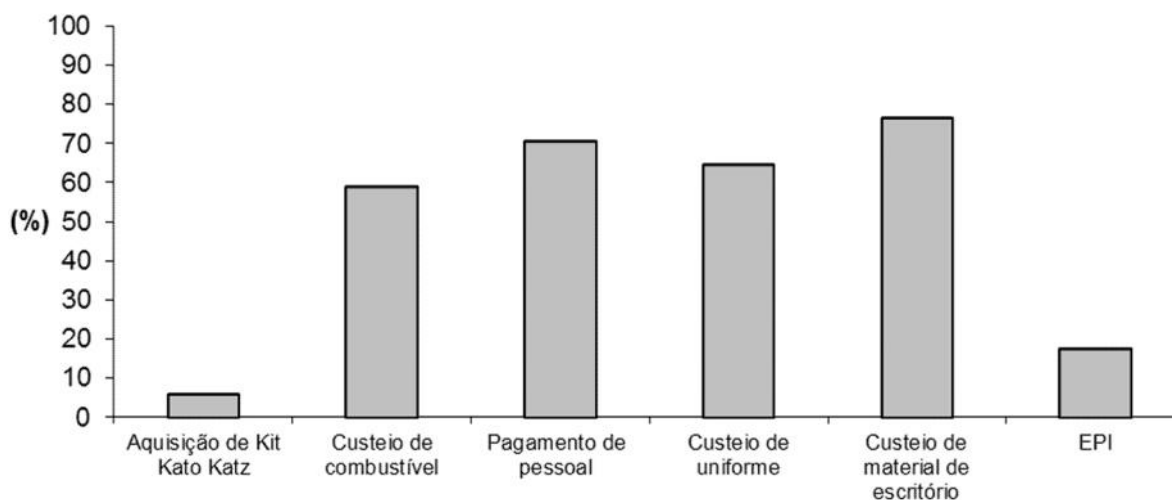


Gráfico 3 – Destino dos recursos empregados pelo município nas ações de vigilância e controle da esquistossomose no município, segundo o Secretário Municipal de Saúde - 2012.

Dentre os fatores que, na opinião dos secretários municipais de saúde, dificultam a realização dos inquéritos (busca ativa) ao longo do ano pelos municípios, a falta de recurso financeiro se destacou como o mais importante (GRÁFICO 4). A falta de formulário de notificação da endemia, de lâminas, de vasilhames para coleta de fezes e kit de diagnóstico não foram citados em nenhuma das situações investigadas. Isso significa que a GRS mantém estes materiais em quantidade suficiente nos programas municipais, tendo em vista que ela é responsável pelo fornecimento destes materiais.



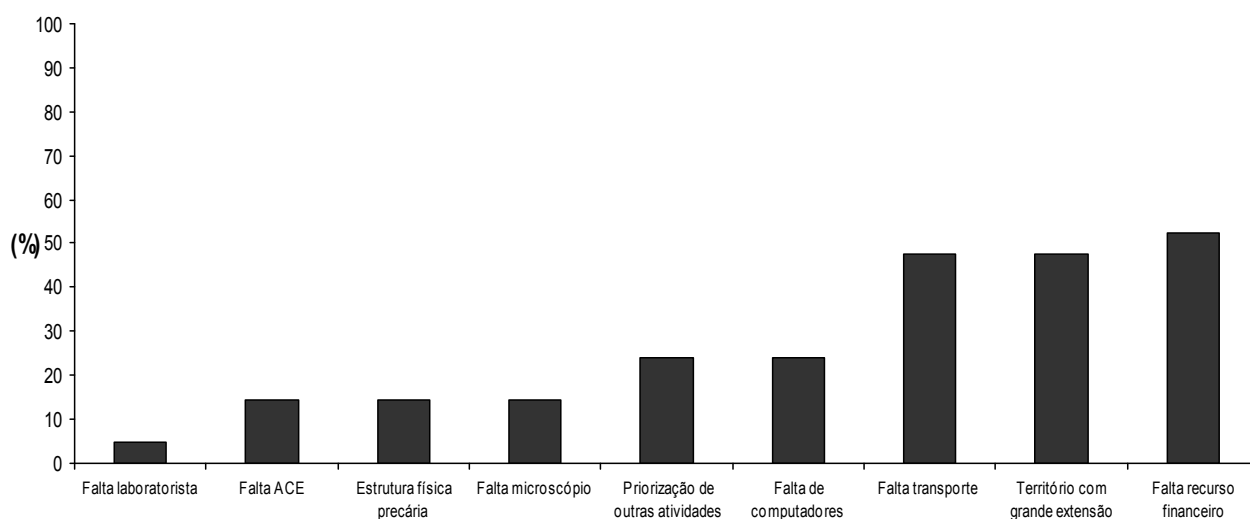


Gráfico 4 – Dificuldades relatadas pelo Secretário de Saúde do município na realização das ações de vigilância e controle da esquistossomose no município - 2012.

As ações de vigilância e controle da esquistossomose são subsidiadas pela GRS Pedra Azul e, segundo 80% dos coordenadores do programa, oferece suporte ininterruptamente aos municípios de materiais. Alguns entrevistados (n=3) relataram que receberam suporte esporádico e dois desconheciam a possibilidade de receber algum tipo de assistência. No que se refere às cobranças ou exigências da GRS relacionadas às atividades do PCE, 36,0% dos secretários de saúde relataram que esta exige dos municípios uma “prestação de contas” referente aos medicamentos solicitados para o tratamento da infecção e 76,0% do total exigem o preenchimento dos relatórios de notificação (PCE-101). As orientações sobre a realização de campanhas (16,0%) e as ações educativas junto à comunidade (20,0%) foram pouco citadas por estes entrevistados. Alguns municípios (n=10) no último ano assumiram pactuar, com a GRS, metas referentes aos inquéritos a serem realizados sendo que sete cidades conseguiram atingir tais expectativas. A baixa resolutividade dos inquéritos realizados pelos programas é preocupante, tendo em vista que vinte e uma cidades (84,0%) relataram ter evidências de que ainda existem áreas cujas prevalências sejam superiores a 25%. Informaram, ainda, que já ocorreram situações (75,0%) em que os coordenadores se recordam de prevalências de infectados acima de 50% prevalência e conseqüentemente, de tratamento em massa nestas comunidades ( $\bar{x}=4,64$  anos atrás, DP=4,0).

Apenas seis cidades afirmaram ter conseguido realizar inquéritos coproscópicos em toda a sua área de extensão em um período de dois anos. Outros cinco (20,0%) afirmaram conseguir de forma esporádica e os demais (56,0%), relatam não ter o devido sucesso. Apenas 32,0% dos gestores informaram que realizam os inquéritos por áreas de risco e apenas um

município realiza exames em crianças em idade escolar, tendo em vista que não possuem recursos humanos e financeiros para realizar inquéritos na população total do município. Nenhum dos participantes utiliza outras estratégias como amostragem ou grupo de risco em sua rotina de inquéritos, sendo esta uma possibilidade a ser discutida com a GRS, tendo em vista as várias barreiras e dificuldades enfrentadas.

Todos os municípios investigados que possuem PCE ativo utilizam o Diário de Coproscopia e Tratamento (PCE-101), realizam 01 amostra e 01 lâmina em seus inquéritos parasitários e a confecção e a leitura das lâminas é feita na sede de controle de zoonoses/endemias (n=21). A grande maioria (n=20) destes realiza suas ações tanto nas áreas rurais quanto nas urbanas. Dezesesseis coordenadores do PCE afirmaram que sua equipe é responsável pelo tratamento dos casos positivos para esquistossomose após busca ativa e sete deixam esta responsabilidade para a UBS. Os outros dois municípios realizam o tratamento por meio de uma parceria entre a APS e os ACE. Uma das dificuldades dos Programas de Controle da Esquistossomose é a falta de balança de pesagem, além do transporte dos ACE para as várias localidades rurais do município que impossibilita o tratamento dos positivos, conforme indicado nas diretrizes (FUNASA, 1998).

O domicílio é o local de referência para o tratamento dos casos positivos de esquistossomose identificados pelo PCE em 67,0% municípios visitados. Houve relato de coordenadores de dois municípios de que o paciente também pode se responsabilizar pelo seu tratamento, recebendo o medicamento para ser ingerido no domicílio além da opção de ir à sede do controle de endemias para o tratamento. Outras duas cidades encaminham os indivíduos positivos exclusivamente para as UBS's municipais, reiterando o quadro de não padronização do tratamento dos indivíduos infectados pelo PCE na área estuda. O tratamento é realizado com o Praziquantel®, fornecido pelo Ministério da Saúde via GRS. Treze municípios (61,9%) relataram não ter dificuldade na aquisição do medicamento e quatro, dificuldade esporádica (19,0%). Alguns entrevistados (n=12) afirmaram não ser essencial a presença de um ACE no ato do tratamento em dose única para acompanhar o processo e realizar as devidas orientações.

Apenas um dos vinte e cinco municípios visitados não possui mapas ou croquis, importantes para o planejamento das ações de vigilância e controle da esquistossomose. Todos já tem identificado, seja parcial (28,0%) ou completamente (72,0%), as coleções hídricas consideradas de risco potencial aos seus usuários. É importante colocar que não existem ações de controle do hospedeiro intermediário e nem recebimento de material malacológico, necessário para a realização destas atividades nos municípios investigados.

As ações direcionadas para a melhoria da infraestrutura de saneamento básico da população que impactam no risco de infecção pelo *S. mansoni* foram realizadas em grande parte das cidades (88,0%) por toda a extensão municipal (n=13), em seis apenas na região urbana e em apenas três na região rural. Em vinte e dois municípios foram relatados a construção de banheiros e, em dez, melhoria da infraestrutura sanitária na cidade.

Sabe-se que as ações de educação em saúde devem preceder e acompanhar todas as atividades de controle da esquistossomose, entretanto, esta não é a realidade encontrada na região. Apenas oito entrevistados afirmaram receber continuamente materiais educativos e dez relataram distribuí-los com a mesma assiduidade à comunidade. Não há um mecanismo para a comunidade sugerir ou reclamar sobre as atividades desenvolvidas pelo PCE em toda a região visitada. Os profissionais não recebem material com frequência para realização de suas atividades relacionadas às ações de vigilância e controle da esquistossomose (TABELA 3).

Tabela 3 - Distribuição das atividades educativas sobre prevenção e controle da esquistossomose realizadas pelo PCE nos municípios investigados – 2012.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Nos últimos 02 anos o setor de controle de endemias/PCE recebeu algum material educativo da GRS</b>		
Não	4	16,0
Sim, continuamente	8	32,0
Sim, somente por um período	13	52,0
<b>Nos últimos 02 anos o PCE distribuiu material educativo sobre ações de vigilância e controle da esquistossomose aos profissionais de saúde</b>		
Não	23	92,0
Sim, somente por um período	2	8,0
<b>Nos últimos 02 anos o PCE distribuiu material educativo sobre ações de vigilância e controle da esquistossomose à população municipal</b>		
Não	3	12,0
Sim, continuamente	10	40,0
Sim, somente por um período	12	48,0
<b>Nos últimos 02 anos foi realizada Campanha Educacional para os moradores sobre prevenção e controle da esquistossomose</b>		
Não	15	60,0
Sim, continuamente	1	4,0
Sim, somente por um período	9	36,0

Em pouco mais da metade das cidades (60,0%) os profissionais realizam atividades educativas em escolas e associações comunitárias sobre prevenção e controle da doença. Grande parte dos municípios com programas ativos (80,0%) realizam reuniões com os ACE,

para orientações e discussões sobre o trabalho. Essas reuniões ocorrem de modo ocasional (n=11) ou quinzenalmente (n=2). Apenas 36,0% dos entrevistados afirmaram desenvolver ações de reciclagem ou capacitação sobre atividades relacionadas ao controle da infecção. Os coordenadores afirmaram que 68% dos municípios incentivam de alguma forma a realização destes treinamentos entre os profissionais, através de apoio financeiro ou liberação de carga horária.

### **4.3 Organização dos Serviços de Saúde no âmbito da Atenção Básica de Saúde relacionada ao diagnóstico e tratamento da esquistossomose.**

O foco desta etapa do estudo foi avaliar a assistência prestada à população pela Atenção Primária à Saúde relacionada a esquistossomose. Como responsável pela gestão destas ações, os coordenadores da Atenção Básica municipal e seus assessores diretos (n=25), foram peças chave para o levantamento destas informações. Todos os coordenadores da APS investigados possuem curso superior completo sendo que 92,0% são profissionais vinculados à área de saúde. Destes, vinte e dois são enfermeiros com média de dois anos de formação profissional. De todos os entrevistados, apenas cinco relataram ter recebido algum suporte ou capacitação para assumirem este cargo e 60,0% destes relataram ter menos de um ano de experiência nas atividades exercidas.

Da mesma forma que os secretários de saúde, a grande maioria (80,0%) dos coordenadores da APS afirma que a esquistossomose é um problema de saúde nas regiões investigadas, porém apenas 32,0% destes afirmam que esta é considerada uma prioridade nas ações em saúde desenvolvidas. mesmo sabendo estão inseridos em uma área endêmica para esquistossomose (84,0%). Nenhum dos municípios, por meio de suas equipes de Programa de Saúde da Família investiga possíveis casos de esquistossomose na Atenção Primária, ficando apenas no atendimento a demanda espontânea.

O próprio município possui laboratório para realização EPF para atendimento dos usuários. Em apenas um deles estes exames são encaminhados para os laboratórios conveniados. Em caso de positividade a notificação compulsória do caso é feita em todos os municípios visitados, entretanto, pode-se observar que o instrumento utilizado não está padronizado (GRÁFICO 5).

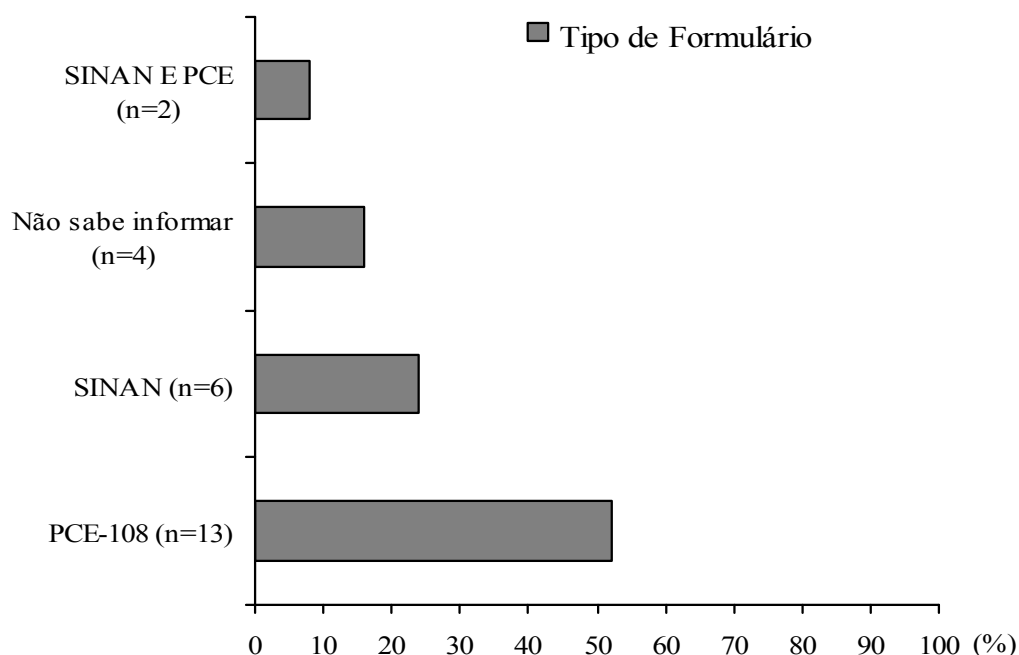


Gráfico 5 – Distribuição dos formulários utilizados pela APS para notificação da esquistossomose nos municípios da GRS de Pedra Azul – 2012.

Uma vez diagnosticada a infecção o paciente realiza o tratamento, na maioria das vezes, em seu próprio domicílio (n=18) ou no Serviço de Saúde em que foi diagnosticado (n=12). O medicamento é dispensado pela Farmácia Básica Municipal e entregue ao paciente em 60,0% das cidades visitadas, sendo que nas demais a droga fica no Centro de Controle de Zoonose (24,0%) ou em outros setores determinados pelas SMS (GRÁFICO 6).

Em relação aos pacientes portadores de forma grave da esquistossomose, nove gestores municipais confirmaram ter conhecimento e mesmo prestado assistência a alguns deles, sendo que apenas um dos entrevistados afirmou ter recebido a ficha de contra referência destes casos citados. Seis gestores informaram que o município tem condições de atender a estes pacientes e, para os demais, o atendimento é feito em municípios vizinhos ou outro de referência. Nos casos de necessidade de encaminhamento para um centro de atendimento de média e/ou alta complexidade, todos municípios disponibilizam transporte público intermunicipal, profissional de saúde para acompanhar o transporte quando necessário (88,0%), casa de apoio na cidade onde realizará o tratamento (68,0%) e auxílio financeiro para hospedagem ou alimentação (60,0%) entre outros.

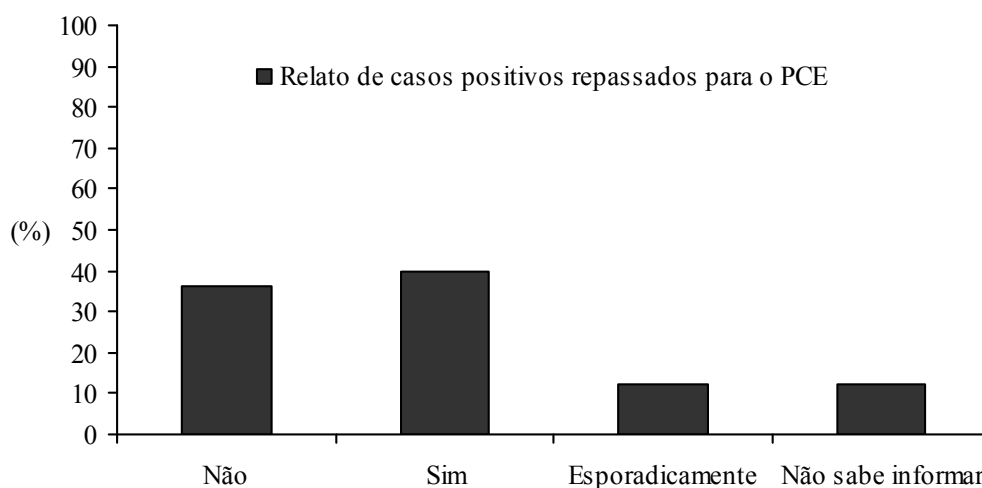


Gráfico 6 – Distribuição dos casos positivos para esquistossomose identificados pelo APS e repassados ao PCE nos municípios da GRS de Pedra Azul segundo relato dos entrevistados – 2012.

Treze gestores da APS (52,0%) relataram desconhecer as diretrizes utilizadas pelo PCE e dentre os que conhecem, apenas seis (50,0%) acreditam que estas ações de controle da doença são operacionalmente viáveis para o município. Interessante, também, observar que quatorze municípios (56,0%), cujos programas executam inquéritos coproscópicos anualmente, não avaliam periódica e sistematicamente a produção dos serviços ofertados pela SMS para as ações de controle e vigilância da esquistossomose na APS. Apenas seis gestores do total de entrevistados o fazem esporadicamente. Quatorze gestores entrevistados (56,0%) relataram que participam na elaboração do Plano Municipal de Saúde, importante na definição de metas relacionadas aos agravos de saúde municipal. Reuniões entre as coordenações da ESF e PCE são realizadas esporadicamente em 32,0% dos municípios.

Tendo em vista que as UBS estão inseridas em uma área endêmica para a esquistossomose, foi perguntado aos gestores se os profissionais da equipe da ESF já haviam participado de algum treinamento ou capacitação sobre as ações de vigilância, tratamento e controle da helmintose. Pode-se perceber que apesar dos profissionais graduados serem aptos a assistir o portador da infecção nesta possível situação, apenas um profissional da equipe médica e sete (28,0%) da equipe de enfermagem, de todos os entrevistados, participaram destas atividades de forma esporádica, sendo que a última capacitação aconteceu há aproximadamente um ano. Os ACS receberam algum tipo de informação sobre a esquistossomose em apenas três municípios (12%). Apesar da pouca informação e dos treinamentos esporádicos citados anteriormente, 84,0% dos coordenadores da ABS afirmaram que a SMS incentivou, no último ano, a formação de seus profissionais fornecendo apoio financeiro, logístico ou liberação de carga horária.

As ações educativas relacionadas à prevenção e ao controle da esquistossomose pela Estratégia Saúde da Família estão apresentadas na tabela e mostram que, na maioria dos municípios, a equipe não realiza atividades educativas relacionadas a esquistossomose. Em geral, estas atividades focalizam nas doenças crônicas como diabetes e hipertensão ou mesmo verminoses em geral nos casos de escolares (TABELA 4).

Tabela 4 – Distribuição de material educativo e ações de prevenção e controle da esquistossomose e de outras doenças realizadas pela ESF segundo a coordenação da ABS municipal – 2012.

<b>Variável</b>		<b>N</b>	<b>(%)</b>
Nos últimos 02 anos a ESF distribuiu material educativo sobre esquistossomose direcionado aos profissionais de saúde	Não	21	84,0
	Sim, somente por um período	4	16,0
Nos últimos 02 anos a ESF distribuiu material educativo sobre esquistossomose para a população do município	Não	12	48,0
	Sim, continuamente	6	24,0
	Sim, somente por um período	7	28,0
Nos últimos 02 anos foi realizada Campanha Educacional para prevenção e controle da doença	Não	19	76,0
	Sim, continuamente	1	4,0
	Sim, somente por um período	5	20,0
Os profissionais de saúde do ESF realizam atividades nas escolas ou associações comunitárias para prevenir esta doença	Não	13	52,0
	Sim	12	48,0
Os profissionais de saúde do ESF realizam atividades nas escolas ou associações comunitárias para prevenir DM e HAS	Não	0	0,0
	Sim	25	100,0

Pouco menos da metade dos municípios visitados (48,0%) possui um local destinado a treinamento ou capacitação de sua equipe de profissionais e ou algum mecanismo para fazer sugestões ou reclamações sobre o serviço de saúde municipal (32,0%).

Foram investigados junto à coordenação da APS, os aspectos relacionados aos registros de saúde preconizados pelo Sistema de Informação à Saúde (SIS) utilizada pelos municípios a fim de conhecer sua realidade e relacioná-la com um futuro processo de gerenciamento municipal das informações sobre os casos identificados de esquistossomose. Cada cidade se organiza e abastece este sistema de acordo com a sua estrutura e suas especificidades no SIS. Podemos observar que a grande maioria dos municípios tem uma organização apropriada e possui estrutura adequada para atender este tipo de demanda, conseguindo nutrir de dados os SIA (80,0%), SIH (52,0%), SIM (96,0%), SINASC (100%), SIAB (100%) e SINAN (96,0%) de acordo com suas características. Todas as SMS possuem

microcomputadores bem como um núcleo ou equipe responsável pela assistência de informática (52,0%) e digitadores destas respectivas informações (100%).

#### **4.4 Avaliação da qualidade das ações de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose nas equipes da ESF municipais e suas características**

A ESF vem sendo uma importante ferramenta utilizada em benefício da população garantindo ações coordenadas e planejadas em saúde na atenção primária e de acordo com os preceitos do SUS. Espera-se, portanto, que as atividades de vigilância e controle da esquistossomose sejam realizadas na comunidade junto aos demais agravos atendidos na UBS, principalmente nos municípios endêmicos.

Nesta abordagem do estudo foram identificadas as informações de noventa e sete equipes da ESF representadas por seus profissionais de saúde, médicos (n=35) e enfermeiros (n=62). O vínculo empregatício da grande maioria destes profissionais entrevistados é por meio de contrato trabalhista (85,6%), ficando a estabilidade garantida apenas nos 14,4% que adquiriram vaga em algum dos concursos públicos municipais. A maioria destes profissionais (92,8%) reside nos municípios que atuam e apenas 22,7%, em sua maioria médicos, exercem outras atividades além das desenvolvidas na APS. A unidade sede da equipe dispõe de materiais e equipamentos necessários à realização de suas atividades, seja de forma integral (79,8%) ou em parte (15,2%). As equipes da ESF investigadas são compostas por médicos ( $\bar{x}=0,96$ ), enfermeiros ( $\bar{x}=1,01$ ), técnicos de enfermagem ( $\bar{x}=1,58$ ) e agentes comunitários de saúde ( $\bar{x}=6,63$ ), para atender uma população média de 2.964 (DP=764,9) por área de abrangência. A maioria dos entrevistados (88,9%) afirmou que a esquistossomose é um problema que merece atenção especial de suas equipes quanto às ações e estratégias direcionadas ao seu controle na APS.

Em geral a maior parte destas equipes tem sua atuação centrada apenas na zona urbana do município (45,4%), as demais trabalham na zona rural (27,8%) ou simultaneamente em zona rural e urbana (26,8%). Condições precárias de estrutura de saneamento básico, básicas de higiene, água potável e coleta de lixo estão presentes em 87,6% das áreas de abrangência das equipes investigadas. Não há um planejamento, por parte das equipes da ESF, de definição de ações e estratégias de prevenção e controle da doença. Isso pode ser observado pelo número reduzido de equipes da ESF (14,1%) que atuam em áreas que, possivelmente, oferecem riscos à comunidade quanto à infecção, como áreas sem água tratada ou saneamento básico. Além disso, apenas 37,4% dos médicos solicitam exames de fezes como rotina de



atendimento aos indivíduos nas unidades. Em 61,6% dos casos, os exames são solicitados apenas para os indivíduos sintomáticos, em 13,1% para os familiares de pacientes positivos e 16,2% realizam EPF após tratamento da infecção. Poucos profissionais (8,1%) solicitam especificamente o método Kato-Katz para investigar ovos de *S. mansoni* nas fezes em seus pedidos de exame e 86,9% não discriminam o método a ser utilizado. Outra conduta utilizada pelos médicos em suas equipes é a solicitação de exame de sangue para avaliação da eosinofilia (10,1%) e ou sedimentação das fezes (6,1%) como métodos para diagnóstico.

Após o resultado do EPF, o paciente é orientado a retornar a UBS para realizar o tratamento e receber a orientação dos profissionais de saúde. Entretanto, há municípios em que estes pacientes são responsáveis pela aquisição do PZQ, seja na Farmácia Básica ou no setor de Controle de Zoonoses, não existindo uniformidade na dispensação do medicamento e nem na orientação quanto ao tratamento (GRÁFICO 7).

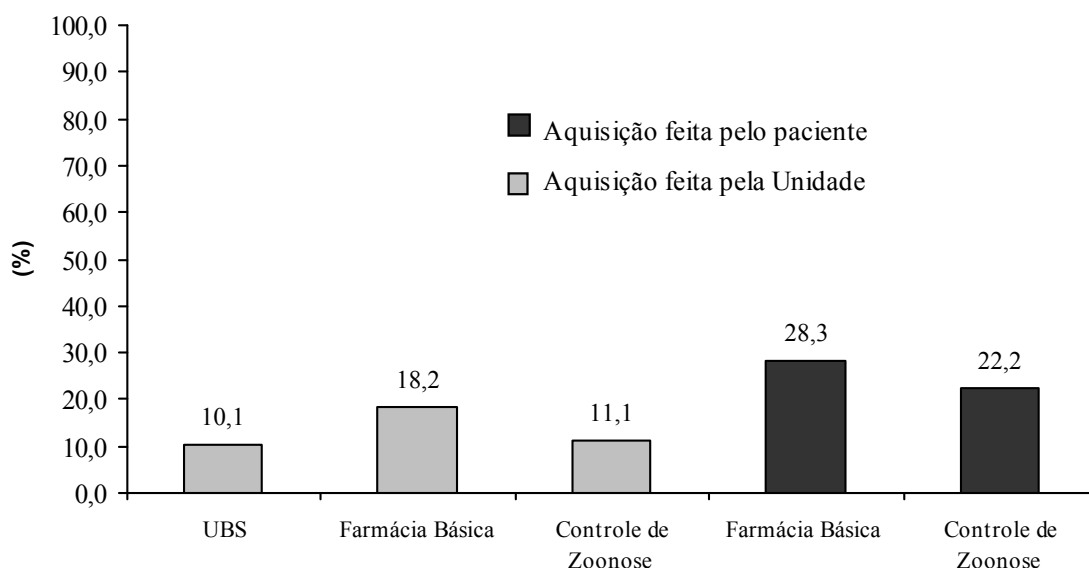


Gráfico 7 – Distribuição dos setores responsáveis pela dispensação do Praziquantel (PZQ) na APS segundo os municípios da GRS de Pedra Azul – 2012.

Além da UBS, Farmácia Básica e o Controle de Zoonoses, há, ainda, municípios que armazenam medicamentos na própria SMS (8,1%) e no Setor de Epidemiologia municipal (7,1%), sendo posteriormente distribuídos para os pacientes ou unidades. Para o tratamento, as equipes utilizam como referência a UBS (n=45) podendo, em alguns casos, encaminhar os pacientes ao hospital (n=12). Apesar do cuidado de realizar o tratamento do indivíduo infectado em um serviço de saúde, os entrevistados relataram que em 62,2% dos casos seus pacientes são direcionados a realizarem o tratamento no próprio domicílio, podendo, caso julguem necessário, ir à UBS.

Em relação ao tratamento, 87,9% dos profissionais utiliza o PZQ, dose única, para tratamento da esquistossomose. Porém, 47,5% dos médicos prescrevem a dosagem recomendada pelo Ministério da Saúde, ou seja, 50mg/kg de peso para adultos e 60mg/kg para as crianças até 15 anos. Em 32,3% dos casos, o médico prescreve a dosagem de 50mg/kg de peso de PZQ para adultos e crianças. Os demais não souberam afirmar com precisão a dosagem recomendada utilizada no tratamento.

Das equipes entrevistadas, 56,6% utiliza o formulário PCE-108 para notificar os casos de esquistossomose no município, 34,3% utilizam o formulário do SINAN e, os demais, não notificam por desconhecimento. Apenas os profissionais de cinco equipes da ESF (6,1%) atentam para o fato do resultado do exame de fezes solicitado fornece a quantidade de ovos por grama de fezes do parasita, informação essencial para o preenchimento do PCE-108.

No que se refere ao conhecimento dos profissionais sobre a existência do PCE no município e suas atividades preventivas ou de controle no combate a doença, aproximadamente a metade dos profissionais (48,5%) sabem da existência do Programa do Ministério, mas 43,3% do total desconhecem a presença de ações ou estratégias no município em que trabalham. Oitenta e um profissionais entrevistados (83,5%) nunca receberam material explicativo sobre o objetivo, ações do programa e suas atividades municipais. Trinta e três equipes da ESF (34,0%) relataram que há algum tipo de parceria, seja formal (n=9) ou informal (n=24), para a realização das atividades de prevenção e controle da esquistossomose. Foram citadas, como atividades realizadas nesta parceria, a distribuição conjunta de vasilhames de fezes (n=13), a troca de informações sobre dados epidemiológicos das atividades de prevenção e controle (n=19), reuniões para definição de ações ou estratégias de prevenção ou controle (n=4) e a realização de parcerias em palestras educativas na comunidade (n=9).

Poucos foram os profissionais de saúde que informaram ter recebido algum tipo de treinamento ou capacitação para desenvolver as ações de prevenção e controle da esquistossomose na APS. Apenas cinco enfermeiros e cinco médicos de todas as noventa e sete equipes, participaram em algum momento destas atividades. Neste contexto, foi perguntado aos vinte e oito médicos que participam das reuniões da equipe médica municipal, elaboradas pelo Programa de Educação Permanente Municipal se, em algum momento, a esquistossomose foi citada como pauta, sendo que apenas três afirmaram ter discutido assuntos referentes à infecção nestes encontros. Da mesma forma, apenas três ACS tiveram acesso a qualquer tipo de informação ou treinamento sobre as ações relativas a esta esquistossomose nesta região endêmica pesquisada.

Os profissionais de saúde mencionaram várias atividades que poderiam realizar no trabalho, com o intuito de impactar na morbidade da doença em seus respectivos municípios (TABELA 5). As principais foram aquelas relacionadas com capacitação dos profissionais e educação em saúde para a comunidade.

Tabela 5 – Atividades sugeridas pelos profissionais da ESF investigados para intensificar as ações de controle da esquistossomose nos municípios da GRS de Pedra Azul – 2012.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Fazer reuniões e palestras com a comunidade</b>		
Sim	69	71,1
<b>Realizar campanhas educativas no município</b>		
Sim	74	76,3
<b>Realizar treinamentos/capacitações de seus profissionais de saúde</b>		
Sim	71	73,2
<b>Melhorar a infraestrutura das UBS</b>		
Sim	13	13,4
<b>Explorar o tema esquistossomose em Grupos Operativos na ESF</b>		
Sim	49	50,5
<b>Realizar a capacitação dos ACS</b>		
Sim	62	63,9
<b>Realizar ações de prevenção e controle na população em área de risco</b>		
Sim	56	57,7
<b>Melhorar as ações estratégicas de prevenção e controle da APS</b>		
Sim	51	52,6
<b>Firmar parcerias entre as equipes de ESF e PCE</b>		
Sim	55	56,7

Atividades, como a contratação de novos médicos (13,4%), viabilização de medicamentos (13,4%) e disponibilidade de um número maior de EPF por equipe (29,9%) e exames especializados (30,9%) e apresentação de materiais sobre a esquistossomose na Sala de Espera das UBS municipais (41,2%) também foram citadas pelos entrevistados. Todos afirmaram que ações de prevenção e controle da esquistossomose são necessárias para melhorar a assistência na APS municipal.

Após o levantamento dos dados dos profissionais de saúde foi utilizado o Modelo de Variável Latente para mensurar a qualidade das atividades de diagnóstico, tratamento e controle da doença realizados pelas equipes da ESF investigadas (TABELA 6).

Tabela 6 – Distribuição da classificação dos escores relacionados às ações de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose realizadas pelas equipes de ESF segundo os municípios da GRS de Pedra Azul – 2012.

MUNICÍPIO	Classificação								Total de Equipes
	Crítico	%	Insatisfatório	%	Satisfatório	%	Excelente	%	
Águas Vermelhas	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2
Almenara	7	87,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0	8
Bandeira	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
Cachoeira do Pajéu	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	3
Comercinho	1	25,0	2	50,0	1	25,0	0	0,0	4
Divisa Alegre	0	0,0	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3
Divisópolis	1	33,3	0	0,0	1	33,3	1	33,3	3
Felisburgo	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2
Itaobim	0	0,0	0	0,0	1	16,7	5	83,3	6
Itinga	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	3
Jacinto	1	20,0	0	0,0	1	20,0	3	60,0	5
Jequitinhonha	2	25,0	3	37,5	3	37,5	0	0,0	8
Joáima	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4
Jordânia	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3
Mata Verde	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3
Medina	3	42,9	0	0,0	3	42,9	1	14,3	7
Monte Formoso	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Palmópolis	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0	0,0	3
Pedra Azul	5	62,5	0	0,0	1	12,5	2	25,0	8
Ponto dos Volantes	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	5
Rio do Prado	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2
Rubim	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	2
Salto da Divisa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3
Santa Maria do Salto	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	2
Santo Ant. do Jacinto	0	0,0	1	20,0	1	20,0	3	60,0	5
<b>Total</b>	40	41,2	16	16,5	20	20,6	21	21,6	97

Pode-se observar que uma parte considerável das equipes de ESF dos municípios teve suas atividades relacionadas ao diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose classificadas como insatisfatórias (16,5%) ou críticas (41,2%). Em 24,0% das cidades o total das equipes foram classificadas como críticas ou insatisfatórias como nos casos de Bandeira, Cachoeira do Pajéu, Almenara, Joáima, Ponto dos Volantes e Jordânia.

Em 20,0% dos municípios, as equipes que atingiram percentis maiores que o quartil 50, consideradas satisfatórias ou com trabalho excelente como, por exemplo, as cidades de Felisburgo, Itaobim e Salto da Divisa. Há, ainda, cidades que se comportaram de forma

discrepante quanto as ações de controle desenvolvidas entre suas próprias equipes da ESF, como é o exemplo de Medina e Pedra Azul, que tiveram equipes, no próprio município, classificadas como críticas, satisfatórias e excelentes.

Dentre as características apresentadas pelas equipes de melhor classificação pode-se destacar a existência de parcerias nas atividades de controle da doença entre a ESF e o PCE (81,0%), a existência de um setor de epidemiologia municipal (95,2%) e a pactuação da esquistossomose na planilha de metas em saúde a serem desenvolvidas pelo município. Além disso, 87,5% destas equipes realizam reuniões comunitárias para a discussão de temas sobre saúde. Negativamente podemos destacar a falta de pactuação da esquistossomose na planilha de metas (22,0%), a falta de repasse de informações entre as equipes de ESF e PCE (17,1%) e a ausência de parceria entre estes (17,1%) (TABELA 7).

Tabela 7 – Distribuição do percentual de atividades de controle da esquistossomose desenvolvidas pelas equipes de ESF dos municípios da GRS de Pedra Azul segundo as classificações extremas do MVL – 2012.

Variável		Classificação					
		Excelente			Crítico		
		Total	n	%	Total	n	%
Equipe realiza reuniões com a comunidade sobre ações de prevenção e controle da doença	Sim	21	18	85,7	40	27	67,5
Utilização da ficha de notificação PCE-108 por parte das equipes	Sim	21	14	66,7	40	20	50,0
Realização tratamento em dose única e dosagem adequada pela equipe.	Sim	21	14	66,7	40	11	27,5
Aquisição do PZQ pelo paciente disponibilizado pelo setor saúde ligado a equipe	Sim	21	15	71,4	40	11	27,5
Tratamento do paciente positivo na UBS pela equipe de ESF	Sim	21	12	57,1	40	14	35,0
Existência de parceria entre ESF e PCE nas atividades de controle desenvolvidas	Sim	21	17	81,0	40	7	17,5
Realização da notificação dos casos positivos de esquistossomose pela equipe	Sim	21	17	81,0	40	40	100,0
Repasse das informações dos casos positivos identificados pela ESF para o PCE	Sim	21	14	66,7	40	7	17,5
Participação do gestor municipal na elaboração do Plano Municipal de Saúde	Sim	21	14	66,7	40	24	60,0
Município pactuou a esquistossomose na planilha de metas municipais em saúde	Sim	21	17	81,0	40	9	22,5
Existência de um setor de Epidemiologia	Sim	21	20	95,2	40	28	70,0

Atividades comuns aos dois extremos da classificação utilizada, porém pouco abordadas e utilizadas pelas equipes da ESF e de relevância considerável para as ações de controle da esquistossomose foram: (1) falta de estratégias para combater a infecção por parte das equipes de ESF nas ações de controle da doença nesta área endêmica, (2) não utilização do método diagnóstico Kato-Katz, (3) recebimento insuficiente de material explicativo sobre a doença nas equipes e (4) ausência de reuniões entre os profissionais da equipe de ESF para discutir assuntos relacionados à esquistossomose nesta área endêmica. Para a identificação da classificação na esfera municipal foram apresentadas, segundo esta mesma metodologia, a distribuição dos escores médios e suas respectivas classificações quanto a qualidade das ações de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose no âmbito da APS municipal

(QUADRO 9). A classificação crítica, insatisfatória e excelente foi distribuída igualmente em 28% dos municípios e 16% como satisfatória na avaliação proposta.

N	MUNICÍPIO	Nº PSF	MÉDIA	CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE DA APS	GI DO PCE
1	Águas Vermelhas	2	0,274	SATISFATORIO	<b>NÃO IMPLANTADO</b>
2	Almenara	8	-0,457	CRITICO	<b>NÃO IMPLANTADO</b>
3	Bandeira	2	-0,74	CRITICO	PARCIALMENTE IMPLANTADO
4	Cachoeira do Pajéu	3	-0,213	INSATISFATORIO	PARCIALMENTE IMPLANTADO
5	Comercinho	4	-0,063	INSATISFATORIO	<b>NÃO IMPLANTADO</b>
6	Divisa Alegre	3	0,311	EXCELENTE	PARCIALMENTE IMPLANTADO
7	Divisópolis	3	0,162	SATISFATORIO	PARCIALMENTE IMPLANTADO
8	Felisburgo	2	0,499	EXCELENTE	PARCIALMENTE IMPLANTADO
9	Itaobim	6	0,686	EXCELENTE	PARCIALMENTE IMPLANTADO
10	Itinga	3	-0,138	INSATISFATORIO	<b>NÃO IMPLANTADO</b>
11	Jacinto	5	0,521	EXCELENTE	PARCIALMENTE IMPLANTADO
12	Jequitinhonha	8	-0,091	INSATISFATORIO	PARCIALMENTE IMPLANTADO
13	Joaíma	4	-0,57	CRITICO	PARCIALMENTE IMPLANTADO
14	Jordânia	3	-0,589	CRITICO	PARCIALMENTE IMPLANTADO
15	Mata Verde	3	-0,063	INSATISFATORIO	PARCIALMENTE IMPLANTADO
16	Medina	7	0,033	SATISFATORIO	PARCIALMENTE IMPLANTADO
17	Monte Formoso	1	0,162	SATISFATORIO	<b>NÃO IMPLANTADO</b>
18	Palmópolis	3	-0,063	INSATISFATORIO	PARCIALMENTE IMPLANTADO
19	Pedra Azul	8	-0,092	INSATISFATORIO	PARCIALMENTE IMPLANTADO
20	Ponto dos Volantes	5	-0,288	CRITICO	PARCIALMENTE IMPLANTADO
21	Rio do Prado	1	0,387	EXCELENTE	PARCIALMENTE IMPLANTADO
22	Rubim	3	-0,401	CRITICO	PARCIALMENTE IMPLANTADO
23	Salto da Divisa	3	0,91	EXCELENTE	<b>NÃO IMPLANTADO</b>
24	Santa Maria do Salto	2	-0,288	CRITICO	<b>NÃO IMPLANTADO</b>
25	Santo Ant. do Jacinto	5	0,476	EXCELENTE	PARCIALMENTE IMPLANTADO

Quadro 9 – Escore médio adquirida pelos municípios segundo as ações de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose na ESF e seus respectivos GI do PCE conforme a classificação utilizada.

Pode-se observar que não ocorreu uma relação direta ou tendência entre o Grau de Implantação do PCE e a qualidade das atividades desenvolvidas na ESF relacionadas a esquistossomose. Os municípios classificados como parcialmente implantados distribuíram-se sem grandes diferenças quanto aos escores da avaliação da qualidade da ESF como crítico (27,0%), insatisfatório (27,0%), e excelente (33,0%), ficando a classificação satisfatório com apenas 13,0%. Os municípios cujos PCEs não estão implantados apresentaram uma distribuição quanto a qualidade da APS sem grandes diferenças, sendo as classificações crítica, insatisfatória e satisfatória com os mesmos 28,5%. Almenara e Santa Maria do Salto

apresentaram os piores escores nas avaliações da APS e do GI do PCE dentre todos os investigados. Já Divisa Alegre, Felisburgo, Itaobim, Jacinto, Rio do Prado e Santo Antônio do Jacinto, apesar de terem sido classificados como parcialmente implantados no que se refere às atividades do PCE tem, nas suas ações na APS, um destaque especial quanto a qualidade das atividades desenvolvidas por suas equipes.

O município de Jordânia apresentou atividades avaliadas como satisfatória na dimensão do processo relacionado às atividades do PCE e, no que se refere à qualidade das ações de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose na APS foi classificado como crítica. Quando se compara a dimensão estrutura do GI com a avaliação da qualidade da assistência prestada na APS predominam, entre os municípios, os escores crítico (38,5%) e insatisfatório (23,1%) na avaliação da qualidade na APS.



## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Programa de Controle da Esquistossomose municipal

A esquistossomose persiste no Brasil desafiando gerações, ampliando suas fronteiras, como marca registrada do paradoxo epidemiológico, um lembrete constante da desigualdade social do Brasil (KATZ, PEIXOTO, 2000). Gera um estado de agravo crônico que impacta no capital humano, enquanto a pobreza local promove e perpetua a transmissão da esquistossomose e limita o acesso aos recursos disponibilizados pelo serviço de saúde, não reduzindo a possibilidade de controle da transmissão (KING, 2010).

Nas atividades desenvolvidas pelo Programa de Controle da Esquistossomose nosso estudo apontou algumas discrepâncias e deficiências relacionadas ao que é preconizado nas Diretrizes Técnicas de Controle da Esquistossomose, entretanto, com um considerável potencial para melhora na qualidade das atividades. Percebe-se que, em geral, os municípios deste estudo não têm conseguido desenvolver estratégias e políticas específicas relacionadas a uma integração das atividades do PCE com as ações básicas de atenção à saúde. De fato, esta situação foi citada por Farias e colaboradores (2007) reafirmando este ponto ao colocar que o Ministério da Saúde, os estados e os municípios não tem conseguido sucesso no desenvolvimento de políticas específicas e harmonizadas com as demais ações de controle desta doença.

É importante destacar que toda a agregação tecnológica aplicada ao longo dos anos não foi suficiente para conter a expansão espacial da doença no Brasil, apesar da redução das taxas de mortalidade e de prevalência, dados frequentemente subestimados pela subnotificação (TIBIRIÇA, 2011). Esta expansão não tem ocorrido apenas em regiões rurais, Pode ser observado, também nos centros urbanos dos municípios endêmicos, que, na maioria das vezes não possuem infraestrutura de saneamento básico e são alimentados pelo processo migratório, fazendo com que a doença se estabeleça em um espaço inteiramente novo para os padrões esperados (GUIMARÃES; TAVARES-NETO, 2006).

Nossos resultados sugerem que, além dos fatores de ordem biológica, social e cultural, a transmissão e a inércia da Esquistossomose nas regiões endêmicas podem estar condicionadas às falhas operacionais e metodológicas, diretamente relacionadas às ações do programa de controle desta endemia. As subnotificações e a não periodicidade na realização dos exames coproscópicos associadas à falta de critérios padronizados ou de estratégias

alternativas de ação já foram descritas em outros estudos (BRASIL, 2005a; FAVRE et al, 2001; QUININO et al., 2009). Todos os municípios investigados, considerando suas limitações, são resolutivos na prestação dos serviços de saúde municipal para a população, nos diferentes níveis de complexidade disponibilizados de acordo com a sua demanda e infraestrutura em geral. Entretanto, quando avaliamos as atividades desenvolvidas pelo programa nos municípios podemos observar uma incongruência com o que é normatizado.

Programas governamentais descentralizados são indispensáveis, mas na concepção neoliberal globalizada, tornam-se frágeis se desvinculados de sociedades organizadas, politicamente determinadas e tecnicamente capacitadas para gerenciar ações e programas conforme as necessidades de saúde da população em âmbitos locais e regionais (TIBIRIÇA, 2011). Todo o conceito de integração do programa é inegavelmente complexo e envolve os vários domínios da política, atividade e estrutura organizacional, mas também vários níveis de intensidade de integração: a coordenação, a colaboração e a consolidação (LINEHAN et al, 2011). O Ministério da Saúde, os estados e os municípios não têm conseguido desenvolver estratégias eficazes no controle desta helmintíase (BRASIL, 2005b). Nossos resultados evidenciam estes aspectos, destacados pela falta de continuidade dos trabalhos desenvolvidos por seus agentes.

Uma possível causa citada por Farias et al. (2007) é o número insuficiente de profissionais contratados para executar as ações previstas no programa de controle desta endemia, corroborando com a hipótese de que as ações do PCE não acontecem de forma sistematizada em nível local, entretanto, não apresentada em nosso estudo. O mesmo ocorre com a integração deste programa com o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2005b). Portanto, é imprescindível que a organização e o funcionamento dos serviços de Atenção Primária à Saúde, na qual as principais ações de controle desta endemia são realizadas, sejam examinadas no âmbito do contexto político dos serviços de saúde do município (REIS, 2010).

Vários fatores tais como a permanência da relevância e da legitimidade do programa, sua estabilidade financeira, a garantia de uma gestão eficaz e sua capacidade de adaptar-se às mudanças de contextos político-institucionais, podem influenciar positivamente em sua continuidade e funcionalidade evitando, ainda, que a interrupção desses programas leve à desmotivação dos envolvidos. A sustentabilidade dos programas de controle de doenças se constitui em um grande problema para a saúde pública, não só no Brasil, mas também em outros países. Um grande desafio é a continuidade das atividades ao longo do tempo que, se não forem mantidas, podem ocasionar a perda de investimentos para as organizações e

pessoas envolvidas em programas considerados exitosos (BRASIL, 2005b; WORLD BANK, 2012).

Quando avaliamos a dimensão da estrutura dos PCEs observamos que esta apresentou uma situação melhor do que a dimensão do processo em grande parte dos municípios. Isso pode ser pelo fato de que a base organizacional está em parte consolidada há anos e uma aproximação maior e um suporte mais efetivo da Gerência Regional poderia efetivar a operacionalização do programa e melhorar a qualidade de suas ações. Pode-se refletir, ainda, no fato de que os sujeitos, mesmo dispendo de estrutura, têm dificuldades em realizar as ações que estão ao seu alcance (QUININO, 2009a). Muitos profissionais são transferidos dos mais variados setores e realocados segundo as flutuações governamentais, reféns das mudanças políticas que ocorrem com frequência nos municípios e, ainda, sem treinamento e capacitação adequados. A vigilância epidemiológica é uma ação do poder público e deve ser sustentada pela consistência dos recursos humanos efetivos para as demandas coletivas (TIBIRIÇA, 2011). A maioria dos municípios estudados não assume efetivamente as atividades inerentes ao programa, da mesma forma observado por Farias e colaboradores (2007). É importante considerar que normas e regras rotinizadas ou padronizadas podem contribuir para a perenidade e/ou maior continuidade de projetos e programas, mas isto sofre influência direta do grau da capacidade técnica e de preparo dos trabalhadores do sistema.

Além disso, há que se ressaltar a possibilidade da influência política no contexto das atividades desenvolvidas, como o desacerto nas ações de controle da doença por parte da gestão, a falta de informações e o suporte incipiente da GRS. Talvez estas circunstâncias sejam observadas devido à influência, ainda recente, na realização das ações de controle da esquistossomose aos moldes da extinta SUCAM, feito de forma vertical e visando a objetivos bem definidos (TEXEIRA; PAIM, 1990). O desempenho dos municípios nas dimensões avaliadas, com poucos indicadores classificados como “satisfatório” gera implicações negativas no desenvolvimento do atendimento integral ao indivíduo, que necessita de um atendimento efetivo nas ações de promoção, prevenção e de tratamento da doença.

Considerando-se esta proposição, pôde-se constatar a existência de discordância entre o que está proposto nas normas no tocante à estrutura e ao processo e a realidade empírica. Estudos têm mostrado as várias dificuldades enfrentadas pelos municípios na operacionalização das ações de controle da esquistossomose, que incluem a realização de atividades de controle de forma não integral e desarticulada (FARIAS et al., 2007; QUININO et al., 2009). Aspectos mais críticos mencionados em outros estudos que corroboram com nossos resultados 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. Um dos aspectos relevantes no controle da esquistossomose diz respeito à atividade de busca ativa, onde os programas não tem conseguido cobrir 80% das localidades conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MARCELINO, 2010; FUNASA, 1998). A maioria dos municípios do nosso estudo tiveram seus programas classificados como parcialmente implantados, apresentando indícios de que apesar deste não funcionar como deveria, ainda existem potencialidades a serem trabalhadas. Sabe-se que não só os municípios participantes, mas também outros de regiões endêmicas do Brasil sofrem descontinuidade após o período de sua implantação e são poucas as informações produzidas regularmente sobre a continuidade e a permanência dos resultados desses programas (LENNIE, 2005).

Neste contexto, é necessário que o PCE municipal estabeleça formas de acompanhamento e de avaliação das ações de vigilância e controle da esquistossomose, apesar destes processos, segundo o Ministério da Saúde (2005) ainda serem incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo. Embora exista esta conotação, é fato que a avaliação de políticas públicas viabiliza a qualidade das ações e permite não somente a produção de informações com vistas à melhoria da eficácia de uma prática social, mas oferece a possibilidade de transformação desta prática à luz dos interesses dos envolvidos considerando suas relações contextuais (HARTZ; SANTOS; MATIDA, 2008).

Um aspecto interessante observado nos resultados referente aos municípios classificados como parcialmente implantados e não implantados foi o fato de que as ações impactantes na esquistossomose realizadas pelo PCE estavam presentes nas cidades que atingiram maiores escores, como se é esperado. É importante ressaltar que a implementação dos projetos municipais ocorre numa arena política permeada por interesses distintos e sofre interferência significativa da disponibilidade financeira do município e dos mecanismos legais e organizacionais da máquina local (FELISBERTO, 2001), neste caso, não limitando estas ações.

Exemplos deste contexto são a não pactuação da esquistossomose no PAVS municipal e a ausência de discussões sobre esta verminose nas reuniões da CIB. A CIB-SUS/MG foi instituída com a finalidade de regulamentar os aspectos operacionais do SUS/MG; dirigir a elaboração, implantação e implementação de estudos e projetos inerentes ao processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS; buscar a assistência integral, universalizada, equânime, regionalizada e hierarquizada,

tendo como eixo a prática do planejamento integrado; articular-se com os órgãos e entidades do SUS no sentido de orientar o processo decisório; dentre outras, constantes de seu Regimento Interno (MINAS GERAIS, 2004). Supõe-se que a ausência de discussões esta endemia nestas reuniões intermunicipais se deve a não priorização de atividades relacionadas ao controle e prevenção da esquistossomose na região, refletindo na incipiência do monitoramento e do controle da verminose, reflexo da inconsistência de informações e baixa resolutividade. Esta opção gerencial de não pactuar a esquistossomose na planilha anual de metas retrata este contexto, ficando a população, exposta a infecção e seus possíveis agravantes. O gestor precisa se organizar e priorizar suas ações de acordo com as necessidades do município e levando em conta o impacto das doenças que mais acometem sua população, podendo assim, discutir seu problema com cidades vizinhas e planejar estratégias para viabilizar suas ações por meio de recursos adquiridos.

O planejamento é parte essencial neste processo e não deve ser visto somente como uma ‘declaração de intenções’ por parte do gestor. O planejamento deve ser entendido em seu sentido mais amplo que engloba o monitoramento e a avaliação, fazendo julgamentos sobre os programas e/ou para subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Se não há planejamento das ações a possibilidade de se não aproveitar recursos, ficam comprometidos refletindo negativamente no controle da doença. Segundo Moreira (2002), uma limitação no planejamento de ações é um indicativo de que o nível local tem baixa resolutividade dos problemas de saúde de sua população alvo. Em um contexto geral, a tomada de decisões nem sempre está pautada em bases técnicas; ao contrário, muitas vezes são as bases clientelistas que decidem a alocação e gestão do recurso público (KATZ; PEIXOTO, 2000). Prova disso são os recursos gerados pelo Pacto pela Saúde 2006 que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, o repasse fundo a fundo para transferência de recursos e o financiamento federal de custeio organizado no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2006b, 2009c).

Os resultados mostram que os municípios não utilizam informações baseadas em seus indicadores em saúde. Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contém informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do seu desempenho (RIPSA, 2008). A Vigilância em Saúde é essencial no processo de controle de qualquer agravo e tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios

garantindo a integralidade da atenção (BRASIL 2005). Sem estes recursos não há a possibilidade de estimar a situação da doença na população de forma eficiente, prejudicando toda a informação sobre progresso ou redução da esquistossomose em área endêmica.

Foi observado nos municípios investigados que as atividades do PCE são desenvolvidas nos moldes antigos e desconsiderando uma série de características regionais, o que, de acordo com Quinino et al. (2009) e Teixeira (1990) pode ser um dos obstáculos para o sucesso do programa e de sua integralidade com a APS. É essencial que todas essas atividades do PCE sejam incorporadas àquelas desenvolvidas pelo Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2008). O que podemos observar em nosso estudo é que as ações de controle da esquistossomose desenvolvidas pelos programas não estão sendo devidamente planejadas e incorporadas nas práticas desenvolvidas na APS dos municípios de estudo, o que também evidenciada pelo estudo de Quinino et al (2009). Não há, em nenhum dos municípios investigados, uma organização adequada para garantir a qualidade das ações, a estrutura física ainda se apresenta inadequada e o processo está pautado na maioria das vezes na experiência profissional de seus coordenadores. Estudos no país vêm apontando essa mesma necessidade de se reavaliar as estratégias de controle e o sistema de informação após a descentralização do PCE para o nível municipal (COURA; AMARAL, 2004; FARIAS et al., 2007; PIERI; FAVRE, 2007).

Segundo Farias et. al. (2007) é sempre um desafio integrar as medidas de controle específicas às mais gerais, como a expansão da rede de esgoto e aos cuidados básicos de saúde. Entretanto, um importante catalisador neste processo seria uma aproximação maior da Gerência Regional de Saúde nas ações de controle da doença. Esforços e investimentos junto aos gestores municipais seriam medidas importantes para pactuar estas atividades no município na tentativa de reorganizar o programa e monitorar suas ações de uma maneira mais efetiva e eficiente (QUININO et al., 2009; PIERI; FAVRE, 2007). Com isso, poderia-se melhorar a adesão dos municípios na pactuação das ações de controle da esquistossomose na planilha municipal de metas da Programação Pactuada e Integrada para Ações de Vigilância em Saúde, estimular as discussões dos gestores na CIB sobre assuntos inerentes a doença, além de promover a educação continuada de seus profissionais envolvidos no controle da doença. Este aporte seria vital nas tomadas de decisões municipais que, segundo Katz e colaboradores (2000) nem sempre está pautada em bases técnicas preconizadas; podendo estas, em algum momento adotar características clientelistas.

Não obstante, esta maior proximidade da GRS com o gestor municipal poderia auxiliar até mesmo na pactuação e aquisição de recursos financeiros para a execução das atividades do

PCE. Um exemplo disso seria a possibilidade dos municípios pactuarem as diretrizes da Portaria Nº 2.556, de 28 de outubro de 2011 que estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica da Esquistossomose e outras doenças. Segundo esta Portaria considera-se Município prioritário aquele com prevalência maior ou igual a 10% e com populações em áreas de extrema pobreza, indicados para a implantação do tratamento coletivo em crianças em idade escolar (5 a 14 anos de idade). Medidas como a intensificação dos inquéritos coproscópicos nas localidades endêmicas, o tratamento de todos os casos positivos para esquistossomose identificados nos inquéritos, em parceria com a Estratégia Saúde da Família, a notificação e a investigação de todos os casos graves de esquistossomose e a implementação de medidas de controle nas comunidades de origem dos casos, quando indicado são atividades a serem desenvolvidas nestes locais. Com o conhecimento de mais informações sobre estes aspectos os municípios teriam uma boa oportunidade de potencializar suas atividades de controle da esquistossomose buscando uma maior resolutividade, entretanto, muitas vezes, desconhecem tal possibilidade ou não aderem por não atender momentaneamente a alguns critérios estabelecidos se mantendo inertes. Com um suporte maior da gerência os municípios teriam uma maior facilidade em se adequar a estas propostas, conhecer novas propostas e estratégias viabilizadas pelo governo nas outras esferas e amenizar problemas futuros com as falhas do programa.

Apesar das dificuldades de realizarem os inquéritos preconizados (BRASIL, 2008), os municípios vêm tentando realizar seus trabalhos ao longo dos anos. O exame parasitológico de fezes é realizado utilizando o método Kato-Katz (KATZ; CHAVES; PELLEGRINO, 1972), pois permite, a contagem dos ovos por grama de fezes para avaliação da intensidade da infecção. Entretanto, este método possui a limitação de subestimar a infecção nos casos de carga parasitária baixa, o que poderia ser melhorado com o aumento do número de amostras de fezes e/ou de lâminas por amostra ou aumento do número de lâminas (ENK et al., 2008). Talvez fosse importante refletir sobre a possibilidade do programa adotar um número maior de lâminas ou amostras em comunidades com tratamentos sucessivos ou em locais onde a prevalência seja baixa, evitando um distanciamento do real número de infectados. Da mesma forma, a maneira como se realiza o tratamento, seja ele no domicílio realizado pelo ACE ou na APS em uma das UBS, deve ser discutida e talvez até repensada com o intuito de garantir um tratamento adequado ao paciente, associado às suas devidas orientações em saúde quanto à prevenção e controle da doença.

É essencial, para a eficácia das atividades desenvolvidas pelo PCE, que o controle da transmissão vá além da capacidade individual dos profissionais de saúde e de outras estratégias de tratamento, devendo ser feito com ações governamentais que combinem instalação de água e esgoto nas casas, mudanças no meio ambiente, educação sanitária, educação em saúde, combate aos caramujos, além do diagnóstico e tratamento das pessoas infectadas (KATZ, PEIXOTO, 2000). Outro fator importante é que o sucesso dos programas que envolvem ações para o controle da esquistossomose depende de estratégias intersetoriais, principalmente quando fundamentadas na mobilização e participação da comunidade (HETZEL et al., 2007; ONWUJEKWE et al., 2008; REIS, 2009), como, por exemplo, a sensibilização do Conselho Municipal de Saúde sobre a importância do controle da esquistossomose em seu município. Nossos resultados não mostraram a atuação expressiva da comunidade nos aspectos relacionados às atividades do PCE e nem a participação da comunidade corroborando com Quinino et al. (2009). As ações observadas nos municípios são realizadas de forma independente, originada por iniciativa isolada de algum gestor ou outro profissional de saúde. Podemos ressaltar 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 expressivos, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, conforme estabelecido na Portaria/MS 3.252, de 22/12/09 (BRASIL, 2009c).

Outra alternativa já apresentada e discutida é a adoção de medidas de educação em saúde que devem ser colocadas em prática nas escolas onde as ações de controle estejam sendo feitas, buscando a parceria entre as Secretarias de Saúde e Educação, o que ampliaria as possibilidades para se explorar questões relativas à saúde (FAVRE et al., 2001). A escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social (BRASIL, 2009a). Neste contexto, a consolidação da utilização deste espaço destinado à formação do indivíduo nas práticas relacionadas à esquistossomose e a saúde poderiam trazer um grande retorno à comunidade. A inserção em área endêmica de estratégias que abordem o tema esquistossomose com estudantes, não apenas se restringido aos inquéritos, potencializaria a adesão da comunidade às ações de controle da doença. O projeto “Saúde na Escola” (BRASIL, 2009a) que trabalha na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino poderia ser um importante veiculador desta proposta junto aos profissionais da APS nestas regiões. Em sua proposta, o projeto reafirma que a promoção da saúde escolar deve, pela sua potencialidade em evitar agravos e promover



a saúde e qualidade de vida, constituir um espaço privilegiado de atuação das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009a). 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; MASSARA; DINIZ, 2008).

Medidas de saneamento ambiental através de pequenas obras de engenharia sanitária, como a construção de poços artesianos e de fossas sépticas, podem ser implementadas com a parceria das Secretarias de Saúde e de Obras do município (FAVRE et al., 2001; KATZ; ALMEIDA, 2003) e foram evidenciadas em alguns municípios, demonstrando avanço por parte destes de seus setores.

Todo este panorama argumenta a favor da utilização de estratégias de avaliação em saúde no que tange as atividades do PCE em área endêmica. A organização dos serviços de saúde, a intersetorialidade e a vigilância em saúde no âmbito municipal devem ser monitoradas e ter como referência a Gerencial Regional de Saúde no desenvolvimento de suas ações de controle da esquistossomose.

## **5.2 Atenção Primária em Saúde municipal**

A organização da atenção à saúde fornecida à população no Brasil no âmbito da saúde pública passa por constantes processos de reestruturação, principalmente após a promulgação da Constituição brasileira em 1988, que preconiza ações e serviços públicos de saúde de forma regionalizada e hierarquizada com diretrizes de descentralização, integralidade e participação social (STANISE, 2008; BRASIL, 2009a).

A descentralização das ações de vigilância e controle de doenças transferiram a estrutura política de saúde da esfera federal para as instâncias estadual e municipal, fato este incontestável para o avanço da gestão municipal embora não tenha gerado mudanças impactantes no padrão de atuação do PCE ao longo dos anos (MENEZES, 2005). Esta descentralização de ações e serviços de saúde aumentou a responsabilidade do gestor municipal, mas, por outro lado, sua equipe e a qualificação continuam em parte inadequadas. Ainda permanecem problemas relativos à iniquidades na oferta e no acesso, além da intensa fragmentação e da desorganização dos serviços do SUS. Isso se deve, em grande parte, ao fato de que muitos dos problemas em saúde extrapolam os limites administrativos e a governabilidade das instâncias municipais, requerendo a consolidação de sistemas regionais de saúde (MENDES, 2001; PEREIRA, 2009).

Segundo Menezes (2005) o controle descentralizado das doenças endêmicas no País foi implementado a partir da descentralização das ações de vigilância e controle de doenças, por meio das Portarias do Ministério da Saúde, nº. 1.399, de 15 de dezembro de 1.999 e a nº 950, de 23 de dezembro do mesmo ano. Já há algum tempo, esta estratégia da municipalização de programas de controle exigia condicionantes como uma reestruturação no setor saúde, um efetivo repasse de recursos financeiros para o nível local, uma capacitação técnica de recursos humanos locais, uma organização da sociedade para exercer o controle fiscal dos recursos públicos e na definição dos papéis das instituições federais, estaduais e municipais (COURA-FILHO et al., 1996).

A consolidação da gestão descentralizada das ações e dos serviços em saúde, bem como sua regionalização no âmbito do SUS foi viabilizada pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) e da Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2001, 2002) e pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006c), instrumentos para a operacionalização desta diretriz que se consolidou após amplo processo de pactuação entre os gestores da saúde das três esferas de governo (CONASS, 2007). A municipalização da saúde conduz e pressupõe o aumento do poder de operação e decisões em âmbito local. Realiza transformações nos serviços e mudanças efetivas nas ações de saúde, fundamentadas nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde e nas diretrizes de regionalização e hierarquização da oferta da assistência e descentralização político-administrativa (PASSOS; CIOSAK, 2006).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como o primeiro nível do sistema de serviços de saúde, devendo funcionar com ações resolutivas sobre os problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de complexidade para a solidificação de uma rede integrada de serviços (STARFIELD, 2004). Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido adotada, no país, como política prioritária nas três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um modelo substitutivo da rede básica tradicional, de cobertura universal, assumindo, como princípio norteador, a equidade (BRASIL, 2006a).

Estas práticas evidenciam o caráter multiprofissional e interdisciplinar das equipes de ESF, com a prestação de atendimento integral nas especialidades básicas de saúde, numa base territorial delimitada com garantia de serviços de referência à saúde para os níveis de maior complexidade (BRASIL, 2007c). A adoção da ESF pelos municípios viabiliza o acesso da população aos serviços de saúde. A expansão do atendimento aos diferentes agravos à saúde e a incorporação das tecnologias de diagnóstico potencializaram a capacidade deste serviço de detectar os agravos nas comunidades (MASSARA et al., 2002; MARTINS; FÉLIZ;

BARRETO, 2003; TIBIRIÇA et al., 2011) e entre eles a esquistossomose. A ação intersetorial busca superar a fragmentação das políticas públicas e deve ser entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, execução e monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais (JUNQUEIRA, 2000).

A ESF emprega, no seu processo de trabalho, o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, incluindo a compreensão dos múltiplos fatores de risco a saúde e a possibilidade de intervenção sobre eles a partir de diferentes estratégias, tais como a promoção da saúde (BRASIL, 2007c). Para organizar este serviço são necessárias ações construídas na prática concreta das equipes envolvidas neste processo, de forma participativa e coletiva, a partir da problematização das dimensões envolvidas na operacionalização do trabalho local (BRASIL, 2004). Nos municípios investigados foi observado que apesar dos gestores da APS serem em sua maioria profissionais de saúde de nível superior, estes tinham limitações relacionadas ao pouca experiência nas atividades exercidas. Além disso, não foram capacitados para desempenhar suas respectivas funções, o que pode comprometer assim, a qualidade dos serviços prestados. O Ministério da Saúde instituiu em 2004, através da Portaria nº 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004). Este processo permite ao gestor discutir suas experiências e dificuldades e aprender durante o seu processo de trabalho (LUNA, 2006). As limitações destes gestores poderiam ser previstas e minimizadas pelos próprios gestores municipais e estaduais de saúde, sugerindo a necessidade de um suporte maior da esfera estadual e ampliando as possibilidades de atendimento e prestação de serviço em sua respectiva população.

Nossos resultados mostraram que os gestores municipais de saúde não consideram que a Esquistossomose mereça uma atenção especial nas ações de prevenção e controle, apesar de considerá-la um problema de saúde. Isto pode vir a ser um problema tendo em vista que a gerência é um instrumento importante para efetivação de políticas, deve ter consciência dos problemas de saúde que afetam a população pela qual é responsável (PASSOS; CIOSAK, 2006). Portanto, o significado da doença, representado pela opinião expressada pelos gestores, pode ser um indício do déficit de atividades relacionadas ao controle da esquistossomose na APS identificadas nos municípios visitados. Conforme preconizado nas Diretrizes Técnicas de Controle da Esquistossomose a vigilância epidemiológica em áreas vulneráveis e endêmicas para esta doença deve contar com a participação da rede básica de saúde da mesma forma que para o diagnóstico e tratamento dos portadores (FUNASA, 1998).

A utilização do serviço de saúde por demanda espontânea para o diagnóstico da esquistossomose em áreas endêmicas é parte essencial para a efetivação do PCE (REIS, 2009). Neste contexto é essencial que os profissionais de saúde envolvidos realize a notificação compulsória dos casos de esquistossomose identificados na APS. O formulário PCE-108, implantado no segundo semestre de 2010, objetiva registrar casos de esquistossomose identificados na rede básica em áreas endêmicas em substituição ao formulário do SINAN (BRASIL, 2010b). Podemos observar, de acordo com nossos resultados, que este processo caminha na direção esperada, tendo metade dos seus municípios adotado o formulário preconizado no período da coleta de dados. Vários municípios ainda utilizam o formulário anterior o que acarreta um desarranjo no Sistema de Informação da esquistossomose em área endêmica, sendo seus casos subnotificados e/ou não registrados pelo SISPCE.

Uma importante medida para organizar as atividades de controle da doença no município e na APS é a centralização do medicamento utilizado para tratamento da esquistossomose no SIGAF. Com a criação do Programa Rede Farmácia de Minas (RFM) pela Deliberação CIB/ SUS-MG nº 416 de 2008, a farmácia é reconhecida como estabelecimento de saúde e referência de serviços farmacêuticos para a população. Neste contexto, o SIGAF é responsável por acompanhar o ciclo da Assistência Farmacêutica no Estado de Minas Gerais, permitindo acompanhar a utilização dos medicamentos pela população atendida pelo SUS no Estado (MINAS GERAIS, 2009). Embora alguns municípios não estejam organizados, esta medida controla a dispensação e utilização do Praziquantel na área endêmica evitando uso abusivo e desnecessário do medicamento por parte da população. Importante salientar o retorno do paciente a UBS para realizar o tratamento. Nos serviços de saúde, além da medicalização, são realizadas orientações a respeito de medidas preventivas sobre a doença e esclarecimento de dúvidas, consolidando o vínculo entre comunidade e o serviço.

Após o tratamento, foi observado, no estudo, que o repasse das informações sobre os indivíduos infectados da APS para as equipes do PCE era inadequado. Apesar de ser uma atribuição dos profissionais do PCE recolher mensalmente as investigações epidemiológicas realizadas pelos profissionais das Unidades de Saúde (FUNASA, 1998), nossos resultados mostraram que esta troca de informações não ocorre com frequência. Vale lembrar que a integração entre estas ações de vigilância em saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados satisfatórios (BRASIL, 2009b).

A falha não pode ser considerada unilateral, pois grande parte dos gestores da APS, segundo nossos resultados, desconhece as Diretrizes Técnicas do Controle da Esquistossomose do Ministério da Saúde (FUNASA, 1998). Talvez esta situação também possa explicar a falta de avaliações periódicas e sistemáticas na produção dos serviços ofertados pela SMS para as ações de controle e vigilância da esquistossomose na APS. Isto porque a avaliação, enquanto componente da gestão em saúde, tornou-se fundamental para dar suporte ao processo decisório mediante a identificação de problemas, reorientação das ações, incorporação de novas práticas sanitárias e mensuração do impacto das ações implementadas (BRASIL, 2005a). Podemos observar, inicialmente, que há indícios de um distanciamento entre as práticas realizadas para controle da esquistossomose entre o PCE e APS, observado também em outros estudos avaliativos sobre a doença (QUININO, 2009; MENEZES, 2005; MARCELINO, 2010). Mesmo sendo democrática e participativa após as mudanças geradas pelo processo de descentralização, parte das práticas de seus gestores em saúde municipais podem permanecer setorializadas, impedindo que as soluções sejam encaminhadas de maneira integrada (JUNGUEIRA, 1997).

É crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos no setor saúde afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados a comunidade e o grau de satisfação dos usuários (OPAS, 2002). Potencializando esta situação, de acordo com Souza (2008), as equipes da ESF têm uma baixa capacidade em elaborar planos, programas, projetos e/ou ações contínuas que potencializem suas relações e integrações com outros setores e sociedade, principalmente quando a proposta exige algo superior a sua "governabilidade" para investir em iniciativas, além de serem pressionados pelas demandas próprias da rotina, de ordem assistencial e curativa.

Outro importante resultado em nosso trabalho foi à falta de treinamento ou capacitação dos profissionais do PSF, envolvidos no processo de diagnóstico, prevenção e controle da doença. De acordo com Rico e Saltman (2002) a melhora na formação dos profissionais de APS é importante, pois contribui para aumentar o status e a reputação da ESF, ao mesmo tempo em que facilita a cooperação com especialistas e reforça a confiança da população, além de ser essencial para o desempenho das novas atribuições assumidas pela APS. A Educação Permanente em Saúde, além de necessária, possibilita a produção de novos pactos, novos saberes e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. Esta deve ser realizada com um propósito e estratégias bem definidas, evitando a antiga estrutura que era baseada na realização de capacitações pontuais, em sua maioria de caráter programático e centralizado,

com conteúdos padronizados, visando apenas à atualização de conhecimentos de categorias profissionais específicas e desconsiderando as realidades locais e as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores envolvidos (BRASIL, 2005c).

É de extrema relevância que os profissionais envolvidos diretamente com a comunidade tenham um suporte para desenvolver um trabalho resolutivo na construção de ações de saúde em equipe em uma perspectiva interdisciplinar. Uma equipe se consolida quando utiliza as competências como conhecimentos, habilidades e atitudes de seus membros, planeja suas atividades, é sistêmica em seu processo decisório e resolução de problemas e se empenha para chegar à produtividade máxima (PEDUZZI, CIAMPONE, 2005). Inserido nesse grupo está o ACS, com seu saber sobre a dinâmica da população (FIGUEIRAS; SILVA, 2011). Eles atuam como mediadores sociais, o que de um lado revela o ACS como àquele que traduz para a equipe as necessidades da população, e de outro seria a condição para garantia de vinculação e identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade em relação às ações ofertadas pelo serviço (FIGUEIRAS, SILVA, 2011). O despreparo para lidar com os problemas da população bem como com alguns dos condicionantes de saúde na comunidade limita as ações do ACS e torna a proposta da ESF ineficiente (ÁVILA, 2011).

Este contexto não diz respeito apenas à esquistossomose. Esta situação não é uma particularidade destes municípios, pois em algumas das localidades estudadas foi constatado que os ACS ainda não recebem uma formação específica e nem obrigatória, corroborando com trabalho de Figueiras e Silva (2011), que relata a participação esporádica em cursos e o não recebimento de nenhum tipo de formação voltada para o trabalho preventivo e de vigilância em saúde. Os ACS têm livre acesso ao domicílio do morador visto que atua como elo entre a equipe de saúde, famílias e usuários, sendo esta uma importante estratégia de trabalho na ESF (BRASIL, 2007c) e para o controle da esquistossomose. Segundo Takahashi e Oliveira (2001), este agente realiza atividades que auxiliam a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos e ou no planejamento de ações visando sempre à promoção de saúde da coletividade. Esta situação possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e a constatação “in loco” das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares. Assim, esses agentes podem e devem unir a visita domiciliar com a prática da prevenção de doenças e educação em saúde. A educação na saúde com esse propósito também é parte do trabalho do ACS e do Programa de Saúde da Família como um todo (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001; BRASIL, 2007c).

Além do suporte essencial do ACS neste processo, o Agente Comunitário de Endemias (ACE) pode ser um importante “catalisador” nas ações de controle da

esquistossomose na APS. Sua incorporação nas equipes de ESF já foi estabelecida há alguns anos e prevista junto a um incentivo financeiro às equipes de saúde da família municipal que aderirem a esta prática. Apesar de ser opcional ao município esta adesão, o profissional inserido neste contexto tem condições de reorganizar seu processo de trabalho, promovendo a integração das bases territoriais dos Agentes Comunitários de Saúde às suas, além de receber um suporte direto dos profissionais de nível superior da equipe de Saúde da Família e potencializar ainda mais seu processo de trabalho (BRASIL, 2010a), o que seria de extrema importância para o controle da doença. É importante esclarecer que há condicionantes para a efetivação do subsídio municipal e atuação do ACE nas equipes, entretanto estes não deveriam ser empecilho para estas práticas na APS, apesar de esta não ter sido encontrada nos municípios envolvidos no estudo.

Nossos resultados mostraram que as ações de educação em saúde direcionadas para a prevenção e controle da esquistossomose não são realizadas de modo efetivo. Além do déficit na capacitação dos profissionais envolvidos neste contexto, a falta de material educativo dificulta o desenvolvimento destas ações junto à comunidade. A disponibilidade de material educativo na ESF é de extrema importância, uma vez que esta tem como uma de suas principais linhas de ação, a promoção da saúde e a prevenção de agravos (BRASIL, 2009a). Tão importante quanto o material são as ações de educação como uma estratégia de divulgação da informação sobre a verminose, além da integralidade do cuidado e da informação com foco na promoção em saúde. A promoção da saúde é considerada uma estratégia essencial no processo saúde-doença-cuidado, sendo direcionada para o fortalecimento do caráter promocional e preventivo da comunidade. Foram relatadas no estudo a realização de estratégias voltadas para a prevenção de doenças crônicas no ambiente escolar, entretanto, estes mesmos profissionais não abordavam a esquistossomose. Existe uma necessidade de conscientizar os profissionais da ESF de que é preciso incluir a esquistossomose junto às estratégias utilizadas na educação em saúde, tendo em vista a relevância do problema na região (COURA-FILHO, 1996).

A organização das atividades de controle desta endemia na APS apresenta um distanciamento do propósito de sua estratégia nos municípios estudados. O processo de trabalho, entendido como um conjunto de saberes, tendo como sujeito os profissionais que se organizam para produzirem serviços de modo a prestarem a assistência individual e coletiva (MENDES-GONÇALVES, 1994) está direcionado aos agravos habitualmente preconizados pelo Ministério, não apresentando nenhuma estratégia relacionada mais especificamente à esquistossomose, pelo fato de estar inserido em área endêmica. É um fato consolidado a

contribuição da ESF na ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, mas, é preciso enfrentar os desafios contemporâneos que essa estratégia apresenta no cotidiano das práticas de suas equipes, aliado a responsabilização de seus gestores no sentido de imprimir as reformas necessárias ao setor saúde (SOUSA, 2008).

Outros importantes recursos da ESF não são utilizados nos locais investigados quando o assunto é esquistossomose, mesmo se tratando de uma área endêmica, como por exemplo, o investimento em educação em saúde no ato do acolhimento em sala de espera. Esta estratégia pode ser fundamental para o controle da esquistossomose, tendo em vista que fortalece a articulação trabalhador-saúde-comunidade por propiciar à comunidade manifestar-se a respeito do seu processo saúde-doença pela sugestão de estratégias de ações (CARDOSO et al., 2011).

Neste contexto, a Sala de Espera insere-se na discussão teórica e prática do acolhimento (BRASIL, 2006a). Esta se encontra na maioria dos dispositivos de atenção à saúde, como nos hospitais e unidades básicas. É um lugar público, dinâmico, onde as pessoas aguardam o atendimento de saúde. Um espaço onde estão presentes a subjetividade e as pluralidades que emergem através do processo interativo, que ocorre por meio da linguagem (TEIXEIRA, VELOSO, 2006). As atividades da sala de espera são direcionadas frequentemente à educação em saúde. Equipes de enfermagem e psicólogos costumam utilizar esse ambiente para divulgar programas de saúde, tirar dúvidas, criar vínculos com os usuários, ajudando no desenvolvimento do acolhimento na UBS (TEIXEIRA, VELOSO, 2006; BRASIL, 2006a).

Outro importante recurso, cujo tema poderia ser trabalhado com a comunidade seriam os grupos operativos nas UBS. O grupo é o contexto onde se pode reconstruir e criar significados, vivenciar e re-significar questões, através da troca de informações, do *insight*, da identificação e outros processos (RIBEIRO, 1995). Estes recursos, aliados a sensibilização da comunidade quanto ao problema podem contribuir para o controle da esquistossomose em área endêmica. A conscientização do impacto da doença na comunidade deve extrapolar a dimensão popular e ter uma conotação de política organizacional, atingido os Conselhos Municipais de Saúde. É neste local onde a participação social na definição das políticas de saúde por meio de seus participantes representado em todas as esferas municipais ocorre, assegurando o controle social sobre as ações e serviços de saúde no município (BRASIL, 2006a; MOREIRA, 2002), consolidando-se em um importante veículo para consolidar as práticas de controle da doença nesta região.



A avaliação como componente da gestão em saúde tem hoje um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, devendo subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005a). Nossos resultados no processo de avaliação na APS apresentaram diferenças nas atividades de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose entre as equipes de ESF, seja em um mesmo município ou entre os municípios.

Equipes que possuem um mesmo objetivo mas apresentam diferentes formas de trabalho em um só município tendem a ser geridas também de forma diferente, podendo desvirtuar-se do seu objetivo. O que observamos em relação à qualidade da assistência à esquistossomose na APS nos remete a possibilidade de um distanciamento ainda maior sobre o controle da doença nos municípios investigados. A gestão em saúde como instrumento do processo de trabalho é determinante no processo de organização de serviços de saúde e fundamental na efetivação de políticas sociais em saúde. O seu devido gerenciamento implica na tomada de decisões que afetam a estrutura, o processo de produção e o produto de um sistema, visando ações que possibilitem intervenções impactantes no processo de trabalho em saúde, garantido a assistência à clientela com eficiência, eficácia e efetividade, a fim de possibilitar a satisfação das necessidades de saúde desta clientela (PASSOS; CIOSAK, 2006).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do nosso trabalho evidenciaram que as diretrizes técnicas preconizadas para as atividades de controle da esquistossomose não estão sendo realizadas conforme as normas do Ministério da Saúde pelos municípios investigados. Os locais estudados executam suas ações de vigilância epidemiológica e controle da esquistossomose dentro das suas possibilidades, suas limitações e de acordo pressupostamente com o que os gestores julgam ser o necessário, sem um padrão definido e sem o estabelecimento de prioridades.

É notório que a tomada de decisão nas ações de controle cabe à esfera municipal e esta situação, muitas das vezes, pode limitar certas condutas. Entretanto, uma vez inseridas no processo, estas atividades devem ser tratadas e deliberadas entre os setores envolvidos, sendo operacionalizadas de forma organizada e previamente planejada. A parcialidade da gestão municipal na realização das atividades normatizadas desenvolvidas pelo programa pode se apresentar como uma barreira para o controle da doença sem a devida orientação. Esta situação se potencializa diante do distanciamento entre os gestores do programa e a Gerência Regional de Saúde, devido ao insuficiente suporte técnico-administrativo oferecido. Todos os atores, indicadores e metas devem estar bem definidos e registrados, evitando que o trabalho permaneça sem um propósito comum, desconhecendo seus próprios resultados, sem capacitar seus profissionais e se desvirtuando das práticas preventivas e de promoção à saúde.

Reuniões periódicas ou comissões intermunicipais em área endêmica precisam ser mais efetivas e contundentes no controle da esquistossomose, estabelecendo a comunicação entre as partes envolvidas com a participação direta dos responsáveis pelo programa na Gerência Regional de Saúde. O acompanhamento mais próximo poderia proporcionar uma maior organização entre os gestores municipais de saúde, além de promover um espaço de construção de saberes e o planejamento de estratégias para prevenção e controle da doença. É essencial realizar a reaproximação dos coordenadores do programa, dos gestores municipais e dos responsáveis pela esquistossomose na gerência para estabelecer uma comunicação eficiente e que gere resolutividade, tendo em vista que a estrutura municipal não se apresentou como o maior empecilho.

Para tal, seria importante discutir a possibilidade de se reorganizar o SISPCE no Estado. Atualmente com informações incompletas e imprecisas, o sistema de informação do programa e sua alimentação poderiam ser geridas pela gestão municipal da mesma forma que acontece com os outros SIS, considerando sua organização apresentada no estudo. Com este

registro em nível municipal, as informações poderiam ser viabilizadas de forma mais rápida e articulada, garantindo uma participação mais efetiva e real da GRS em sua microrregião. Além disso, diminuiria uma importante demanda da gerência e possibilitaria um suporte mais eficaz, além do aumento da visibilidade da situação epidemiológica da esquistossomose nos municípios.

Outra necessidade apresentada é a definição quanto à padronização do tratamento dos infectados pela esquistossomose no Estado. Não apenas quanto à dosagem terapêutica, que se apresentou com algumas discrepâncias de município para município, mas também quanto ao local de referência para este tratamento e sua dispensação, que ainda se mostrou descaracterizada apesar das inovações propostas. O ACE ainda deve participar da execução do tratamento dos casos positivos nos inquéritos realizados pelo programa, mesmo apresentando, de acordo com nossos resultados, uma capacitação defasada e a inserção de outros profissionais de saúde no contexto de controle da doença? Discussões sobre a melhor forma de impactar no processo de tratamento do indivíduo, prevenindo a infecção e reinfeção são essenciais para o controle da esquistossomose e o local onde se desenvolve esta atividade e seus profissionais envolvidos são determinantes neste processo.

A atualização e capacitação dos envolvidos é condição essencial para o desenvolvimento das atividades do PCE. A manutenção da qualidade dos serviços prestados está condicionada a este fator e pode ser trabalhada pela GRS e pelo município por meio da educação continuada e a utilização do referencial bibliográfico básico. Estas práticas contribuem para o controle da doença e aprimoram as técnicas desenvolvidas pelos agentes, além de proporcionar um espaço para construção de conhecimento.

Associado a este contexto deve-se promover a sensibilização e responsabilização da comunidade a respeito de todo o processo de combate a esquistossomose. Incentivar e viabilizar a participação da comunidade nas ações de controle e vigilância da doença considerando seus anseios e saberes. A efetivação da esquistossomose como importante tema no Conselho Municipal de Saúde e nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite, pelos menos até que os dados municipais sejam analisados, seria um passo considerável para o controle da esquistossomose na região.

A avaliação dos serviços em saúde é fundamental para a continuidade, aperfeiçoamento e manutenção da qualidade das atividades desenvolvidas no âmbito da saúde em diferentes esferas. Esta é uma atribuição dos gestores envolvidos em todo o processo do Programa de Controle da Esquistossomose e deve ser implementada e discutida em área endêmica. O uso de ferramentas que viabilizem este processo devem ser incorporadas o

quanto antes nas práticas tecnicistas recomendadas no Manual de Diretrizes da Esquistossomose, associadas a medidas de educação continuada com os profissionais envolvidos. Apesar dos profissionais do programa, na maioria das localidades, terem uma importante experiência profissional dos órgãos como a SUCAM e FUNASA, o GI dos PCEs foi abaixo do satisfatório e ineficiente. O controle da doença exige acompanhamento sistemático, processamento, análise, interpretação e discussões consistentes sobre a situação real da endemia na região, ou no município, objetivando o planejamento de estratégias para o controle e prevenção da infecção.

A consolidação da integração entre a Atenção Primária em Saúde e o Programa de Controle da Esquistossomose é essencial para o controle na doença em áreas endêmicas. Para tal, seria necessário por parte dos gestores desenvolverem parcerias e estratégias estimulando o repasse de informações e indicadores sobre as atividades desenvolvidas, além da definição de metas relacionadas ao controle da doença por área de abrangência. Para atingir este propósito é importante estabelecer as respectivas competências nas atividades a serem desenvolvidas a fim de esclarecer o real papel de cada profissional envolvido e viabilizar estas ações intersetoriais. Da mesma maneira que o PCE, o monitoramento e a avaliação dos serviços ofertados na APS para as atividades de controle da esquistossomose ainda são incipientes. Não há uma uniformidade nas ações desenvolvidas, nem uma definição de estratégias por parte da ESF entre os municípios estudados quanto às ações de diagnóstico, tratamento e controle da infecção.

Deve-se fazer valer dos vários recursos utilizados pelas equipes na ESF, como a incorporação do ACS nas atividades, uso de grupos operativos, acolhimento, sala de espera, educação em saúde nas escolas entre outros, para o desenvolvimento de práticas efetivas para a prevenção e controle da doença nas respectivas áreas de abrangências. O apoio dos gestores municipais e um processo de educação continuada são essenciais para potencializar estas estratégias, tendo em vista que o conhecimento sobre o contexto das atividades de controle da esquistossomose foi distante do necessário. Entretanto, caberia ao nível federal à definição de diretrizes e medidas para utilização destas práticas na rotina dos serviços da APS assegurando o fornecimento de insumos e um suporte adequado das GRS essenciais para consolidar estas atividades.

Contudo, este estudo apresenta como limitação: a não utilização da análise de documentos institucionais e relatórios de atividades de coproscopia devido à falta de registros concretos por parte dos municípios e a não utilização da dimensão do resultado no grau de implantação, inviabilizada pela precariedade de registros e informações *in loco*. Tentou-se

minimizar a primeira limitação utilizando a entrevista direta com os gestores municipais *in loco* abordando temáticas recentes ao período de atuação, aumentando o poder de confiabilidade das informações com a triangulação de respostas.

Por fim, a organização e o funcionamento dos serviços de Atenção Primária à Saúde e do Programa de Controle da Esquistossomose devem ser monitorados e avaliados em contexto político municipal, sempre com o suporte da Gerência Regional de Saúde. Uma vez reorganizado, os municípios tem condições de conhecer a real situação da doença na região e priorizar suas ações de acordo com o seu propósito. A institucionalização da avaliação é uma importante função da gestão em saúde e uma vez consolidada permite a reorganização e o planejamento de estratégias ágeis e eficientes nas atividades de prevenção e controle da esquistossomose em nível municipal e regional.

## 7 REFERÊNCIAS

- AMARAL, R. S. et al. An analysis of the impact of the schistosomiasis control programme in Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v.101, suppl. I, p.79-85, 2006.
- ANDRADE, Z. The situation of hepatosplenic Schistosomiasis in Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v.93, n.1, p. 58-75, 1998.
- ARAUJO, K.C.G. M. et al. Análise espacial dos focos de *Biomphalaria glabrata* em casos humanos de esquistossomose mansônica em Porto de Galinhas, Pernambuco, Brasil, no ano de 2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.2, p. 409-417, 2007.
- ÁVILA, M.M.M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.349-360, 2011.
- BARATA, R. C. B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Revista Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p.531-537, 1997.
- BARBOSA, C.S.; ARAÚJO, K.C.; SEVILLA, M.A.A.; MELO, F.; GOMES, E.C.S.; SOUZA-SANTOS, R. Current epidemiological status of schistosomiasis in the state of Pernambuco, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v.105, n.4, p.549-554, July 2010.
- BARBOSA, C.S.; FAVRE, T.C.; AMARAL, R.S.; PIERI, O.S. Epidemiologia e controle da Esquistossomose Mansonii. In: CARVALHO, O.S.; COELHO, P.M.Z.; LENZI, H.L. **Schistosoma mansonii & Esquistossomose: uma visão multidisciplinar**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ; p. 965-1008, 2008.
- BARBOSA, C.S; SILVA, C.S; BARBOSA F.S. Esquistossomose: reprodução e expansão da endemia no Estado de Pernambuco no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.30, n.6, p. 609- 616, 1996.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, p.281, 2008. BARRETO, M.L.; TEIXEIRA, M.G.; BASTOS, F.I.; XIMENES, R.A.A.; BARATA, R.B.; RODRIGUES, L.C. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60202-X
- BARTHOLOMEW, D.; KNOTT, M. **Latent Variable Models and Factor Analysis**. Arnold, London, 2nd edition. 1999.
- BARTHOLOMEW, D.; STEELE, F.; MOUSTAKI, I.; GALBRAITH, J. **The Analysis and Interpretation of Multivariate Data for Social Scientists**. Chapman & Hall, London. 2002.
- BEZERRA, I.A. Situação da notificação em esquistossomose na Grande São Paulo (Brasil), no período de 1982 a 1983. **Revista de Saúde Pública**, v.18, n.5, p.386-395, 1984.
- BODSTEIN, R. C. A. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 401-429, 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 1996.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.172, de 15 de junho de 2004. **Regulamentação da NOB 01/96: Competências de cada esfera de governo na área de Vigilância em Saúde**, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. DOU 115: ISSN 1677-7042. 1999.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional da Assistência a Saúde / SUS - NOAS 01/2002**. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil**. Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, 2005b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:**

unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O acolhimento como uma diretriz da política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção à Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto pela Saúde. 2006c. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/prtGM399_20060222.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação**: Minas Gerais. 3. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Cadernos de Atenção Básica, n. 21, Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. Portaria nº 64, de 30 de maio de 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0064\\_30\\_05\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0064_30_05_2008.html)>. Acesso em 12 de jul. de 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde na Escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. **Diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.007, de 4 de maio de 2010. **Critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias na Atenção Primária à Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. NOTA TÉCNICA Nº05/SUB-HÁ/CGTD/DEVEP/SVS/MS. Sobre notificação dos casos de esquistossomose. Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

BRUUN, B.; AAGAARD-HANSEN, J. The social context of schistosomiasis and its control- An introduction and annotated bibliography. **UNICEF/UNDP/World Bank/WHO**, Switzerland, p.19-42, 2008.

CALVO, M.C.M.; HENRIQUE, F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, J.T.; TRAEBERT, J.L. **A Odontologia e a estratégia saúde da família**. Tubarão:Unisul, 2006, p. 115-139.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão - Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2003.

CARDOSO, L.S.; CEZAR-VAZ, M.R.; COSTA, V.Z.; SOARES, J.F.S.; SILVA, M.R.S. Percepção da equipe de enfermagem no acompanhamento do processo de trabalho no Programa Saúde da Família. **Investigación y Educación en Enfermería**. v.29, n.3, p.391-399, 2011.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Framework for Program Evaluation in Public Health. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.48, n.11, p.1-40. 1999.

CONILL, E.; FAUSTO, M. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. In: **INTERCAMBIO III – 2007: fortalecimiento de la atención primaria con otros niveles de atención del proyecto eurosocial salud: documento técnico**. Rio de Janeiro. 2007.

- CONTRANDIOPULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde - Dos modelos teóricos à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, p. 29 – 47.
- COURA, J. R.; AMARAL, R.S. Epidemiological and control aspects of schistosomiasis in brazilian endemic areas. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 99, Suppl 1, p. 13-19, 2004.
- COURA, J.R.; CONCEIÇÃO, M.J. Specific schistosomiasis treatment as a strategy for disease control. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 105, n. 4, p. 598-603, jul. 2010.
- COURA-FILHO, P. Abordagens alternativas no controle da esquistossomose: buscando incluir o subjetivo na epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v.12, p.95-101. 1996.
- COURA-FILHO, P. Distribuição da esquistossomose no espaço urbano. 2. Aproximação teórica sobre a acumulação, concentração, centralização do capital e a produção de doenças. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 415-424, jul-set, 1997.
- DENIS J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2002. p.49-88.
- DONABEDIAN A. **La Calidad de la Atención Médica: definición y métodos de evaluación**. Mexico: La Prensa Medica Mexicana, S.A., 1984.
- DONABEDIAN, A. **Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica**. México: Instituto Nacional de Salud Publica, 1990.
- DRUMMOND, S.C. et al. Schistosomiasis control program in the state of Minas Gerais in Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v.105, n.4, p. 519-523. 2010.
- ENGELS, D.; CHITSULO, L.; MONTRESOR, A.; SAVIOLI, L. The global epidemiological situation of schistosomiasis and new approaches to control and research. **Acta Tropica**, v. 82, p. 139-146, 2002.
- ENK, M. J. *et al.* The effect of the number of stool samples on the observed prevalence and the infection intensity with *Schistosoma mansoni* among a population in an area of low transmission. **Acta Tropica**, v. 108, n. 2, p. 222- 228, nov./dec. 2008.
- 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 235-239, 2007.
- FAVRE, T.C.; PIERI, O.S.; BARBOSA, C.S.; BECK, L. Avaliação das ações de controle da esquistossomose implementadas entre 1977 e 1996 na área endêmica de Pernambuco, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.34, n.6, p.569-576, nov-dez, 2001.
- FAVRE, T. C. et al. Reliability of current estimates of schistosomiasis prevalence in the Rainforest Zone of the state of Pernambuco, Northeastern Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v.101, Suppl 1, p. 73-78, 2006a.
- FAVRE, T. C. et al. Attaining the minimum target of resolution WHA 54.19 for schistosomiasis control in the Rainforest Zone of the state of Pernambuco, Northeastern Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v.101, Suppl 1, p.125-132, 2006b.
- FELISBERTO, E. **Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDIPI) no Programa de Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2001.
- FELISBERTO, E.; FREESE, E.; BEZERRA, L.C.A.; ALVES, C.K.A.; SAMICO, SI. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da Atenção Básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.6, June 2010.
- FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.
- FIGUEIRAS, A.S.; SILVA, A.L.A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.899-915, 2011



- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Controle da Esquistossomose: diretrizes técnicas**. Brasília. 1998.
- GAZZINELLI, A. et al. Exposure to *Schistosoma mansoni* infection in a rural area of Brazil I: water contact. **Tropical Medicine and International Health**, London, v. 6, p. 125-134, 2001a.
- GAZZINELLI, A. et al. Socioeconomic determinants of schistosomiasis in poor rural de Nova União village, Brazil - the impact of a new water supply. **Waterlines**, v.19, n.4, p. 15-18, 2001b.
- GAZZINELLI, A. et al. The spatial distribution of *Schistosoma mansoni* infection before and after chemotherapy in the Jequitinhonha Valley in Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 101, p. 63-71, 2006.
- GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 951-963. 2006.
- GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. The Coming of Age of Evaluation. In: LINCOLN, Y.S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park, CA: SAGE Publications, 1989, p. 21-49.
- GUIMARÃES, I.; TAVARES-NETO, J. Transmissão urbana de esquistossomose em crianças de um bairro de Salvador, Bahia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.39, p.451-455, 2006.
- HARTZ, Z.M.A., Explorando Novos Caminhos na Pesquisa Avaliativa das Ações de Saúde. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 19-28. 1997.
- HARTZ, Z.M.A.; POUVOURVILLE, G. Avaliação dos pro gramas de saúde: a eficiência em questão. **Ciência Saúde Coletiva** v.3, p.68-82, 1998.
- HARTZ, Z.M.A.; SANTOS, E.M.; MATIDA, A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 325-340. 2008.
- HETZEL, M. W. et al. Understanding and improving access to prompt and effective malaria treatment and care in rural Tanzania: the ACCESS Programme. **Malaria Journal**, v.1, p.1-15, 2007.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades**. 2000. Disponível em <[www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php)>. Acesso em: 10 mai. de 2011.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de informações básicas municipais**. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/munic2009/index.php>>. Acesso em: 15 jul. de 2011.
- IDSUS – ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Notas dos indicadores do Índice de Desempenho do SUS por município**. 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1080](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080)>. Acesso em: 30 jul. de 2012.
- JUNGUEIRA, L.A.P. Novas Formas de Gestão na Saúde: Descentralização e Intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, v.6, n.2, p.31-46, 1997.
- JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, v.34, n.6, p.35-45, 2000.
- KATZ, N.; CHAVES, A.; PELLEGRINO, J. A simple device for quantitative stool thick-smear technique in Schistosomiasis mansoni. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v.14, p.397-400, 1972.
- KATZ, N. Schistosomiasis control in Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 93, suppl, p. 33-35, 1998.
- KATZ, N.; PEIXOTO, S. V. Análise crítica da estimativa do número de portadores de esquistossomose mansoni no Brasil. **Revista Instituto Medicina Tropical**, v. 33, p. 303-308, 2000.
- KATZ, N; ALMEIDA, K. Esquistossomose, Xistosa, Barriga d'água. **Ciência & Cultura**, v. 55, n. 1. p. 652-656, Jan/mar 2003.
- KING, C.H. Parasites and poverty: the case of schistosomiasis. **Acta Tropica**. v.113, n.2, p.95-104, 2010.
- KLOOS, H. et al. The distribution of *Biomphalaria spp* in different habitats in relation to physical, biological, water contact and cognitive factors in a rural area in Minas Gerais, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 96, p. 56-63, 2001.

- KLOOS, H. Water resources development and schistosomiasis ecology in the Awash Valley, Ethiopia. **Social Science and Medicine**, v.17, n.9, p.545-562, 1985.
- LAMBERTUCCI, J. R. Acute schistosomiasis mansoni: revisited and reconsidered. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 105, p. 422-435, 2010.
- LENNIE J. An evaluation capacity-building process for sustainable community IT initiatives: empowering and disempowering impacts. **Evaluation**, v.11, p.390-414, 2005.
- LINEHAN, M.; HANSON, C.; WEAVER, A.; BAKER, M.; KABORE, A. *et. al* Integrated implementation of programs targeting neglected tropical diseases through preventive chemotherapy: proving the feasibility at national scale. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v.84, n.1,p.:5-14, 2011.
- LOZANO, R. et al. Benchmarking of performance of Mexican states with effective coverage. **Lancet**, v. 368, p. 1729–1741, 2006.
- LUCHESE, G. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de textos de Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: ANVISA. 2001.
- LUNA, S.M.M. **Perfil dos gestores municipais de saúde de Mato Grosso**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2006. 134p.
- MALIK, A.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. Série Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
- MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte 1993-1996**. 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2001.
- MARCELINO, J.M.R. **Avaliação da implementação das ações de vigilância epidemiológica da esquistossomose mansoni: um estudo de caso no município de União dos Palmares, AL**. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado 2010. 123p.
- MARIEKE, J. et al. Measuring schistosomiasis case management of the health services in Ghana and Mali. **Tropical Medicine and International Health**, v. 9, n.1, p. 149-157. 2004.
- MARTINS, J.R.; FÉLIX, D.; BARRETO, M.L. Macro-epidemiologic aspects of schistosomiasis mansoni: analysis of the impacts of irrigation systems on the spatial profile of the endemic in Bahia, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.2, p.383-393, 2003.
- MASSARA, C.L.; CARVALHO, O.S.; CALDEIRA, R.L.; JANONOTTI-PASSOS, L.K.; SCHALL, V.T. First report on the presence of *Biomphalaria straminea* in the municipality of Jaboticatubas, state of Minas Gerais, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**; v.97, p.27-29, 2002.
- MATIDA, A.H.; CAMACHO, L.A.B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.37-47, 2004.
- MEDINA, M. G. et al. A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.(Orgs.). **Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 41-64, 2005.
- MENDES, E.V. Os grandes dilemas do SUS: tomo I e II. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.
- MENDES-GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. Hucitec, São Paulo. 1994.
- MENEZES, M.J.R. Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica da esquistossomose no Estado da Bahia. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: s.n., 2005.155 p.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação nº 095 de 17 de maio de 2004** .Cria no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais – CIB-SUS/MG, as Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais e microrregionais e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/deliberacoes/2004/del95.doc](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2004/del95.doc)>. Acesso em: 15 maio 2012.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Assistência Farmacêutica. **Relação de medicamentos do Estado de Minas Gerais / Secretaria de Estado de Saúde**. Superintendência de Assistência Farmacêutica . – Belo Horizonte : 2009.

- NOVAES, H. M. D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. . **Cadernos de Saúde Pública**, v.12, suppl 2, p.7-12, 1996.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 5, n. 34, p. 547-59, 2000.
- ONWUJEKWE, O. et al., Improving equity in malaria treatment: Relationship of socio-economic status with health seeking as well as with perceptions of ease of using the services of different providers for treatment of malaria in Nigeria. **BMC Malaria Journal**. v. 7. n.5. p.1-10, 2008.
- PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. IN: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**, 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- PALLANT, J. **SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows version 12**. [S.I.]:Open University. 2005.
- PASSOS, J.P.; CIOSAK, S.I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em unidade básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.40, n.4, p.464-468, 2006.
- PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M.H.T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURGANT P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan; 2005. p. 108-24.
- PELLON, A.B.; TEIXEIRA I. Distribuição geográfica da esquistossomose mansônica no Brasil. Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde, Divisão de Organização Sanitária. In: **Oitavo Congresso Brasileiro de Higiene**. Rio de Janeiro, 1950.
- PEREIRA, A.M.M. **Dilemas federativos e a regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009.
- PIERI, O. S.; FAVRE, T. C. Incrementando o Programa de Controle da Esquistossomose. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p.1733-1734, jul. 2007.
- QUININO, L. R. M. **Análise da Implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em dois municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2009a.
- QUININO, L. R. M. et al. Avaliação das atividades de rotina do Programa de Controle da esquistossomose em municípios da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, entre 2003 e 2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.18 (4), p. 335-343, out-dez 2009b.
- QUININO, L. R. M.; BARBOSA, C. S.; SAMICO, I. O programa de controle da esquistossomose em dois municípios da zona da mata de Pernambuco: uma análise de implantação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.10, supl.1, nov., 2010.
- REIS, D. C. **Acesso da População ao Diagnóstico e Tratamento da Esquistossomose em Área Endêmica do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. 2009. 166f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- REIS, D. C. et al. Accessibility to and utilisation of schistosomiasis-related health services in a rural area of state of Minas Gerais, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**. v. 105, n. 4, p. 587-97, 2010.
- RIBEIRO, J. P. **Psicoterapia grupo analítico - Teoria e técnica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.
- RICO, A.; SALTMAN, R. Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. **Revista de Administración Sanitaria** 2002; 6(21):39-67.
- RIPSA - REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2.ed. Brasília: OPAS, 2008.
- RIZOPOULOS, D. ltm: An R Package for Latent Variable Modeling and Item Response Theory Analyses. **Journal of Statistical Software**. v.17, n.5, p.1-24, 2006.
- ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. **Evaluation: A systematic approach**. Beverly Hills: Sage, 1985.
- 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, p. 1029-1079.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, Ministério da Saúde. **Vigilância epidemiológica: SISPCE – DATASUS – Programa de Controle da Esquistossomose.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinan/pce/notas%20tecnicas/pce.htm>>. Acesso em: 20 maio 2011.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.1, p. 80-91, 1994.

SOUSA, M.F.O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília . v.61, n.2, Mar./Apr 2008.

STANISE, V.L. **Avaliação do grau de institucionalização dos Programas Municipais de DST/HIV/AIDS na regional de saúde de Campinas – São Paulo, Brasil.**/ Valter Luiz Stanise. Brasília: s.n., 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2 ed. Brasília: UNESCO, 2004.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M.A.C. **Manual de Enfermagem, Programa Saúde da Família.** A Visita Domiciliar no Contexto da Saúde da Família. 1oed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TANAKA, O.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente, um modo de fazer.** São Paulo: EDUSP, 2001.

TEIXEIRA, E.R.; VELOSO, R.C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Enfermagem Texto e Contexto**, v.15, n.2, p.320-5, 2006.

TEIXEIRA, M.G.L.C.; PAIM, J.S. Os programas especiais e o novo modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública** v.6, p.264-277, 1990.

TIBIRIÇA, S.H.C.; GUIMARAES, F.B.;TEIXEIRA, M.T.B. A esquistossomose mansoni no contexto da política de saúde brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.16, suppl.1, p. 1375-1381, 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma Revisão sobre o conceito de acesso e utilização do serviço de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, suppl, p.190-198, 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In:VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** EDUFBA/FIOCRUZ. Salvador; Rio de Janeiro, 2005. p.15-39.

VUORI, H.V. A qualidade de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate.** São Paulo. v.1, n.3, p.17-25, 1991.

WEISS, R.S.; REIN, M. The evaluation of broad aim program: difficulties in experimental design and our alternative. In: WEISS, C. H. **Evaluating action Programs.** Boston: Allyn & Bacon, 1972, p. 273-249..

WHO. World Health Organization. **Technical Report Series 912: prevention and control of schistosomiasis and soiltransmitted helminthiasis.** Geneva, 2002.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Preventive Chemotherapy in Human Helminthiasis.** Geneva, 2006.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. Global trends in schistosomiasis control. **Bulletin of the World Health Organization.** v.86, n.10, October 2008.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. Report of an informal consultation on schistosomiasis control. **Bulletin of the World Health Organization.** Geneva, Switzerland, April 2011.

## 8 APÊNDICES

### 8.1 APÊNDICE 1 – Questionário com o Secretário Municipal de Saúde

#### INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES COM O GESTOR MUNICIPAL – SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO [ ][ ]

Para todo questionário, preencher 8 ou 88 para **Não se aplica** quando necessário.

#### IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Data da entrevista	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ]
2. Entrevistador	

#### IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

3. Nome do entrevistado	
4. Função/Cargo	
5. Escolaridade (completo)	
6. Foi capacitado para assumir a coordenação: [ ] 0. Não 1. Sim	
7. Tempo de atuação na secretaria: (anos) (meses)	

#### IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

8. Nome do Município	
9. Regional de Saúde	GRS PEDRA AZUL
10. Endereço completo da Secretaria Municipal de Saúde: _____ _____	
11. Possui telefone?  [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	12. Possui Fax?  [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
13. Possui endereço eletrônico?  0. Não 1. Sim. [ ][ ]	Especificar: _____

#### SERVIÇOS DE SAÚDE E CAPACIDADE INSTALADA NO MUNICÍPIO

Agora vou perguntar sobre a existência de alguns tipos de estabelecimentos e serviços oferecidos pelo município e a disponibilidade de referência programada.

Tipo	1. Existe...? 0 – Não N- Sim, quantos?	2. É referência para outros municípios? 0 – Não 1 – Sim 8-NA	3. Nome do Município
a. Hospital	[ ][ ] Não, vá para letra “b” Sim, vá para coluna “2”	[ ][ ] Não, vá para letra “b” Sim, vá para coluna “3”	_____ _____

<b>b.</b> Policlínica	<input type="checkbox"/> Não, vá para letra “c” Sim, vá para coluna “2”	<input type="checkbox"/> Não, vá para letra “c” Sim, vá para coluna “3”	_____
<b>c.</b> Laboratório Municipal	<input type="checkbox"/> Não, vá para letra “d” Sim, vá para coluna “2”	<input type="checkbox"/> Não, vá para letra “d” Sim, vá para coluna “3”	_____
<b>d.</b> Controle de zoonoses e endemias (Funasa)	<input type="checkbox"/> Responda e vá para letra “e”		
<b>e.</b> Unidades Básicas com Estratégia Saúde da Família	<input type="checkbox"/> Responda e vá para coluna “2”	Estas unidades de ESF abrangem a Zona Rural do Município?	<input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> parcialmente <input type="checkbox"/> não atua <input type="checkbox"/> NA
<b>f.</b> Áreas só com Equipes de ACS	<input type="checkbox"/> Responda e vá para coluna “2”	Estas equipes de ACS atuam na Zona Rural do Município?	<input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> parcialmente <input type="checkbox"/> não atua <input type="checkbox"/> NA

**RECURSOS HUMANOS: QUANTITATIVO.**

Quanto ao trabalho dos profissionais de saúde que prestam assistência a saúde nos serviços da SMS, responda:

<b>14.</b> Quantos profissionais de saúde, dos descritos abaixo, trabalham na atenção básica municipal e no controle de endemias/zoonose/PCE?	
Profissionais	Número de profissionais
<b>a.</b> Médicos do PSF	<input type="text"/>
<b>b.</b> Enfermeiros do PSF	<input type="text"/>
<b>c.</b> Farmacêutico	<input type="text"/>
<b>d.</b> Bioquímico/Biomédico	<input type="text"/>
<b>e.</b> Técnico de Enfermagem do PSF	<input type="text"/>
<b>f.</b> Técnico de Laboratório/ laboratorista (leitura de lâminas)	<input type="text"/>
<b>g.</b> Auxiliar de Laboratorista (confeção de lâminas)	<input type="text"/>
<b>h.</b> Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	<input type="text"/>
<b>i.</b> Agentes de Controle de Endemias (ACE) /FUNASA	<input type="text"/>

**GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.**

Como é organizada a gestão dos serviços de saúde no município...

<b>15.</b> A Esquistossomose é um <b>problema</b> de saúde em seu município? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
<b>16.</b> A Esquistossomose é uma <b>prioridade</b> de saúde em seu município? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
<b>17.</b> Você sabe o que é Programa de Controle da Esquistossomose? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
<b>18.</b> O município participa das atividades de vigilância e controle da <b>Esquistossomose (busca ativa)</b> ? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
CASO RESPONDA A QUESTÃO ANTERIOR COM AS OPÇÕES 0, CONSIDERE AS QUESTÕES EM CINZA COMO: 8 (Não se aplica)	
CASO RESPONDA A OPÇÃO 1, RESPONDA NORMALMENTE O QUESTIONÁRIO	

<p><b>19.</b> Você normalmente participa do <b>planejamento</b> das ações de controle da Esquistossomose?  0. Não    1. Sim    2. Esporadicamente    <b>8.NA</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>20.</b> O município pactuou a Esquistossomose na Planilha Municipal de Metas no ano de 2010 (PAVS)? <b>0. Não    1. Sim    2. Não sabe informar</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>21.</b> Conseguiu atingir as metas pactuadas para esquistossomose naquele ano?  0. Não    1. Sim    2. Não sabe informar    <b>8.NA</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>22.</b> Há quantos <b>anos</b> consecutivos o município pactua a esquistossomose em suas atividades de vigilância em saúde?  <b>00. Não sabe informar</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>23.</b> Neste período, já justificaram o não cumprimento destas metas pactuadas? <b>Quantas vezes:</b> _____  0. Não    1. Sim    2. Não sabe informar    <b>8. NA</b>    <b>Qual e a principal justificativa?</b> _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>24.</b> Há um setor de Epidemiologia no município?    0. Não    1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>25.</b> O município recebe algum repasse financeiro específico do MS para o <b>Controle de Endemias</b>?  0. Não    1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>26.</b> Se SIM, quanto? _____ (MÊS)    É suficiente?    0. Não    1. Sim    8.NA</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>27.</b> O município recebe este repasse direto <b>na conta</b> da Secretaria Municipal de Saúde? 0. Não    1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>28.</b> O município utiliza parte dele para realizar as atividades de vigilância e controle da esquistossomose?  0. Não    1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>29.</b> Além deste, o município precisa utilizar recurso de <b>outra fonte</b> para realizar as atividades de vigilância e controle da esquistossomose? 0. Não    1. Sim    <b>8.NA</b>    Qual? _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>30.</b> Com que freqüência o município utiliza este recurso (anterior)? Marque com X  [ ] Muito freqüente    [ ] Pouco freqüente    [ ] <b>NA</b></p>	
<p><b>31.</b> Onde são empregados os recursos que o município recebe para <b>controle da esquistossomose</b>? <b>Marque todas que julgar necessário</b>  [ ] <b>Não utilizo recurso para PCE</b>    [ ] Aquisição de equipamentos (potes, etiquetas). [ ] Aquisição de Kit Kato-Katz. [ ] Custeio de combustível. [ ] Pagamento de pessoal. [ ] Custo com aquisição do medicamento (PZQ). [ ] Uniforme para os ACE. [ ] Material de escritório. [ ] Outros: _____</p>	
<p><b>32.</b> O município utiliza indicadores ou estratégias para planejar a <b>busca ativa (PCE)</b> da esquistossomose?    0. Não    1. Sim  2. Esporadicamente    3. Não sabe responder    <b>8.NA</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>33.</b> Cite os principais fatores que dificultam a realização das atividades do <b>PCE no município</b>:  <b>Marque todas que julgar necessário</b>    [ ] <b>Não realizo atividades do PCE</b>  [ ] Não há problemas. [ ] falta recurso financeiro. [ ] falta laboratorista [ ] falta ACE (distribuidor e recolhedor de potes). [ ] priorização de outras atividades de controle de endemias. [ ] faltam formulários de preenchimento da notificação PCE-101. [ ] faltam formulários de preenchimento da notificação PCE-108. [ ] relação precária com a GRS. [ ] falta de cobrança da GRS. [ ] falta de cobrança do município. [ ] dificuldade no tratamento. [ ] desorganização do serviço. [ ] faltam computadores. [ ] estrutura física precária. [ ] falta transporte. [ ] falta combustível para os carros. [ ] falta microscópio. [ ] faltam lâminas de microscópio. [ ] falta Kit para diagnóstico. [ ] faltam potes de fezes e etiquetas. [ ] território com grande extensão. [ ] Outros: _____</p>	
<p><b>34.</b> Existe uma sede para a equipe de endemias no município? 0. Não    1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>35.</b> Existe algum tipo de determinação da GRS a ser cumprida por parte do município relacionada às atividades específicas de vigilância e controle da esquistossomose?</p>	

<b>Marque todas que julgar necessário</b>	
[ ] Não existe. [ ] Não sabe informar. [ ] Preenchimento das Fichas do PCE-101. [ ] Realização de Campanhas de busca ativa dos casos de esquistossomose no município. [ ] Ações de Educação em Saúde na comunidade e nas escolas. [ ] Prestação de Contas sobre recursos financeiros adquiridos. [ ] Prestação de contas a respeito de materiais disponibilizados (etiquetas, kits, etc.). [ ] Prestação de contas sobre medicamentos recebidos. [ ] Outros:	
<b>36.</b> Você participa das reuniões da CIB – Comissão Intergestores Bipartide? 0. Nunca participei 1. Sim, sempre 2. Esporadicamente	<input type="checkbox"/>
<b>37.</b> Esquistossomose já foi citada como pauta? 0. Não 1. Sim 2. Esporadicamente 8. NA	<input type="checkbox"/>
<b>38.</b> Você tem conhecimento se indivíduos buscam atendimento em municípios vizinhos para diagnóstico e tratamento da esquistossomose? 0. Não 1. Sim 2. Não sabe informar	<input type="checkbox"/>
<b>39.</b> Você tem conhecimento se indivíduos de municípios vizinhos buscam atendimento para diagnóstico e tratamento da esquistossomose <b>nesta cidade</b> ? 0. Não 1. Sim 2. Não sabe informar	<input type="checkbox"/>

#### GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE - CAPACITAÇÃO.

*Gostaria de saber um pouco sobre a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que prestam assistência ao diagnóstico e tratamento da esquistossomose no município.*

<b>40.</b> No último ano a SMS incentivou a formação de seus profissionais através de apoio financeiro, logístico ou liberação de carga horária para algum treinamento ou capacitação? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
<b>41.</b> A SMS <b>solicita</b> treinamento ou capacitação à GRS para ações de vigilância e controle da esquistossomose? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
<b>42.</b> A SMS recebeu algum material educativo (panfletos, folders, cartazes, etc.) sobre as ações de vigilância e controle da esquistossomose da GRS? 0. Não 1. Sim, continuamente 2. Sim, somente por um período 3. Não sei informar	<input type="checkbox"/>
<b>43.</b> O setor de <b>controle de endemias/Zoonose/PCE RECEBEU</b> algum material educativo (panfletos, folders, cartazes, etc.) sobre as ações de vigilância e controle da esquistossomose da GRS? 0. Não 1. Sim, continuamente 2. Sim, somente por um período 3. Não sei informar	<input type="checkbox"/>
<b>44.</b> O setor de <b>controle de endemias/Zoonose/PCE DISTRIBUIU</b> material educativo (panfletos, folders, cartazes, etc.) sobre as ações de vigilância e controle da esquistossomose, dirigido <b>aos profissionais de saúde</b> ? 0. Não 1. Sim, continuamente 2. Sim, somente por um período. 3. Não sei informar	<input type="checkbox"/>
<b>45.</b> E para a <b>população do município</b> ? 0. Não 1. Sim, continuamente 2. Sim, somente por um período 3. Não sei informar	<input type="checkbox"/>
<b>46.</b> Nos últimos 02 anos foi realizada alguma <b>Campanha Educativa</b> para Prevenção e Controle da Esquistossomose direcionada para os moradores do município? 0. Não 1. Sim, continuamente 2. Sim, somente por um período. 3. Não sei informar Onde? _____	<input type="checkbox"/>

#### ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO INTERNA DE SERVIÇOS DA SMS

<b>47.</b> Você possui curso superior? 0. Não 1. Sim <b>Qual?</b> _____	<input type="checkbox"/>
<b>48.</b> Você tem curso de pós-graduação? ( <b>Caso possua mais de um curso do mesmo nível, considerar o mais adequado à função</b> ) 0. Não 1. Especialização 2. Mestrado 3. Doutorado 8. NA	<input type="checkbox"/>
<b>49.</b> Qual o nome do curso? ( <b>Caso possua mais de um curso do mesmo nível, considerar o mais adequado à função</b> ) _____	<input type="checkbox"/>
<b>50.</b> São realizadas reuniões com os profissionais da saúde responsáveis pelas atividades de Programa de Controle da Esquistossomose em seu município? 0. Não 1. Sim 8. NA	<input type="checkbox"/>
<b>51.</b> Qual a periodicidade dessas reuniões com a equipe?	<input type="checkbox"/>



1. Ocasional 5. Outro:	2. Semanal	3. Quinzenal	4. Mensal	8. NA	
<b>52.</b> Você participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>2.</b> Às vezes <b>3.</b> Não há PMS					<input type="checkbox"/>

*O Plano Municipal de Saúde, além de constituir-se numa exigência legal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS, visto que, através dele, busca-se explicitar o caminho a ser seguido pela Secretaria de Saúde para atingir a sua missão. Assim, ele apresenta a orientação política sobre o que fazer no conjunto das organizações de saúde durante o período de quatro anos, a partir da explicitação de diretrizes, objetivos, ações, indicadores e metas. De acordo com a Portaria GM 3085/2006, ele também é considerado um instrumento básico que norteia a definição da programação anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS.*

#### EXAMES E PRÁTICAS DE SAÚDE

Agora vou perguntar sobre os exames oferecidos no atendimento à esquistossomose.

Exames	É oferecido?		
	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim, no próprio município. <b>2.</b> Sim, mas a SMS encaminha para outro município.		
Hemograma Completo	<input type="checkbox"/>	Ultra-sonografia	<input type="checkbox"/>
Parasitologia de fezes - EPF	<input type="checkbox"/>	Endoscopia digestiva alta	<input type="checkbox"/>
Outros: _____ —	<input type="checkbox"/>		

#### CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS DO ENTREVISTADO

<b>53.</b> Há alguma questão sobre a SMS que gostaria de comentar que não foi abordada no questionário? <b>0.</b> Não ( <b>finalizar a entrevista</b> ) <b>1.</b> Sim	<input type="checkbox"/>
<b>54.</b> Comente livremente a seguir: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

## 8.2 APÊNDICE 2 – Questionário com o Coordenador do Serviço de Controle de Endemias /Zoonoses.

### INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES COM O GESTOR MUNICIPAL – COORDENADOR DO CONTROLE DE ENDEMIAS / PCE

QUESTIONÁRIO [ ][ ][ ][ ]

Para todo questionário, preencher 8 ou 88 para NÃO SE APLICA se necessário.  
IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Data da entrevista	[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]
Entrevistador	

#### IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

1.	Nome do entrevistado
2.	Função/Cargo
3.	Profissão: _____ Tempo na coordenação: _____ (anos) _____ (meses)
4.	Escolaridade (completo)
5.	Foi capacitado para assumir a coordenação: <b>0. Não 1. Sim</b> [ ] [ ]
8.	Em que ano concluiu o curso de maior qualificação?
9.	Você é coordenador municipal: [ ] exclusivo do PCE [ ] PCE e endemias [ ] endemias
10.	Qual o tempo de dedicação ao cargo? _____ [ ] [ ] 1. 40 horas semanais 2. Entre 39 e 20 horas semanais 3. Menos de 20 horas semanais

#### IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

11.	Nome do Município	
	Possui telefone? [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
12.	Possui endereço eletrônico? [ ] 0. Não 1. Sim.	Especificar: _____

#### GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE NO PCE.

13.	A Esquistossomose é um problema de saúde em seu município? <b>0. Não 1. Sim</b>	[ ]
14.	A Esquistossomose é uma prioridade de saúde a ser trabalhada no município? <b>0. Não 1. Sim</b>	[ ]
15.	Há quanto tempo funciona o PCE em seu município? (anos) <b>Preencher 00 se PCE não funciona</b>	[ ]
16.	Durante quantos anos consecutivos foram realizados inquéritos (busca ativa) para esquistossomose nos últimos 10 anos? <b>88.</b> NA <b>99. Não sabe informar.</b>	[ ]
17.	O PCE realizou atividades nos últimos anos (geral)? <b>0. Não 1. Sim</b>	[ ]
18.	Se <b>NÃO</b> , qual foi o motivo? <b>Marque todas que julgar necessário</b> [ ] falta recurso financeiro. [ ] falta laboratorista. [ ] faltam Agentes de Endemias (distribuidor e recolhedor de potes). [ ] priorização de outras atividades de controle de endemias. [ ] faltam formulários de preenchimento da notificação PCE-101. [ ] relação precária	

com a GRS. <input type="checkbox"/> falta de cobrança da GRS. <input type="checkbox"/> falta de cobrança do município. <input type="checkbox"/> território com grande extensão. <input type="checkbox"/> desorganização do serviço. <input type="checkbox"/> faltam computadores. <input type="checkbox"/> estrutura física precária. <input type="checkbox"/> falta transporte. <input type="checkbox"/> falta combustível para os carros. <input type="checkbox"/> falta microscópio. <input type="checkbox"/> faltam lâminas de microscópio. <input type="checkbox"/> falta Kit para diagnóstico. <input type="checkbox"/> faltam potes de fezes e etiquetas. <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> NA	
<b>CASO O PCE (busca ativa) NÃO REALIZE ATIVIDADES NO MUNICÍPIO, CONSIDERE AS RESPOSTAS AS QUESTÕES COM NA EM CINZA COMO: 8 (Não se aplica)</b>	
<b>19.</b> Existe uma equipe responsável pelas ações de <u>vigilância e controle da esquistossomose</u> ? 0. Não 1. Sim Quantos profissionais fazem parte <b>exclusivamente</b> desta equipe? _____ Cite: _____	<input type="checkbox"/>
<b>20.</b> Estes profissionais exclusivos do PCE são suficientes para realizar as atividades do programa? 0. Não 1. Sim <b>8. NA</b>	<input type="checkbox"/>
<b>21.</b> Qual é o destino dos recursos que o município recebe para o PCE? <i>Marque todas que julgar necessário</i> <input type="checkbox"/> Não utilize recurso para PCE. <input type="checkbox"/> Custos com EPF da busca ativa em Laboratório Municipal. <input type="checkbox"/> Aquisição de equipamentos (potes, etiquetas) <input type="checkbox"/> Aquisição de Kit Kato-Katz. <input type="checkbox"/> Custeio de combustível. <input type="checkbox"/> Pagamento de pessoal. <input type="checkbox"/> Compra de medicamento (PZQ). <input type="checkbox"/> Uniforme. <input type="checkbox"/> Material de escritório. <input type="checkbox"/> Outros: _____	
<b>22.</b> Vocês registram a produção da busca ativa no município? 0. Não 1. Sim, sempre 2. Esporadicamente 3. Não sabe informar <b>8. NA</b>	<input type="checkbox"/>
<b>23.</b> O município utiliza indicadores ou estratégias para planejar a busca ativa da esquistossomose antes de ir para o campo? 0. Não 1. Sim, sempre 2. Esporadicamente 3. Não sabe informar <b>8. NA</b>	<input type="checkbox"/>
<b>24.</b> Todos estes indicadores são utilizados na implementação de políticas de melhorias nas ações do PCE no município? 0. Não 1. Sim, sempre 2. Esporadicamente 3. Não sabe informar <b>8. NA</b> Se 1 e 2, cite: _____	<input type="checkbox"/>
<b>25.</b> Os indicadores são disponibilizados para os profissionais de saúde do município? 0. Não 1. Sim, sempre 2. Esporadicamente 3. Não sei responder <b>8. NA</b> Se 1 e 2, cite quem? (Marque X na correta) <input type="checkbox"/> para os agentes do PCE <input type="checkbox"/> para os ACE <input type="checkbox"/> para os profissionais da ABS <input type="checkbox"/> Todos os profissionais de saúde e endemias <input type="checkbox"/> <b>NA</b>	<input type="checkbox"/>
<b>26.</b> De que forma esses indicadores são disponibilizados para estes profissionais? Marque X as corretas <input type="checkbox"/> Cartazes <input type="checkbox"/> Boletins Informativos <input type="checkbox"/> Reuniões clínicas <input type="checkbox"/> Reuniões Periódicas <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> <b>NA</b>	
<b>27.</b> Todos os casos positivos identificados pelo PCE são repassados para a UBS (ESF) no município? 0. Não 1. Sim 2. Às vezes <b>8. NA</b>	<input type="checkbox"/>
<b>28.</b> O município consegue realizar os inquéritos (EPF) em todas as suas comunidades, distritos, povoados, etc. em um período de dois anos conforme preconizado pelo PCE? 0. Não 1. Sim, sempre 2. Esporadicamente 3. Não sabe informar	<input type="checkbox"/>
<b>29.</b> Se <b>NÃO</b> , como você determina as áreas que serão trabalhadas? <i>Marque X as corretas</i> <input type="checkbox"/> amostragem <input type="checkbox"/> grupos de risco (idosos, crianças) <input type="checkbox"/> escolares <input type="checkbox"/> áreas de risco (bairros, comunidades) <input type="checkbox"/> não há critérios <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> <b>NA</b>	

<p><b>30.</b> Você cumpre o intervalo de tempo máximo (dois anos) para realização de uma <b>NOVA</b> intervenção em cada área já trabalhada?</p> <p>0. Não   1. Sim, sempre   2. Esporadicamente   3. Não sabe informar   <b>8.NA</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>31.</b> Qual o número de amostras e lâminas realizadas? [ ] 1 amostra e 1 lâmina   [ ] 1 amostra e 2 lâminas   [ ] MAIS DE 1 amostra e 1 lâmina   Cite: _____ [ ] <b>NA</b></p>	
<p><b>32.</b> Qual o percentual de EPF que é preconizado pelo <b>MS</b> na cobertura de uma população/comunidade/bairro? _____ (Resposta: <math>\geq 80\%</math>)</p> <p>0. Não   1. Sim   3. Não sabe informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>33.</b> O PCE consegue atingir este valor no município?</p> <p>0. Nunca   1. Quase nunca   2. Às vezes   3. Sempre   <b>8. NA</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>34.</b> Qual o percentual de EPF que vocês trabalham? _____% [ ] <b>NA</b></p>	
<p><b>35.</b> Você julga este percentual suficiente?   0. Não   1. Sim   <b>8. NA</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>36.</b> Cite os principais fatores que dificultam a realização das atividades do PCE:</p> <p><i>Marque todas que julgar necessário</i></p> <p>[ ] Não há problemas.   [ ] falta recurso financeiro   [ ] falta laboratorista.   [ ] faltam Agentes de Endemias (distribuidor e recolhedor de potes).   [ ] Priorização de outras atividades de controle de endemias.   [ ] faltam formulários de preenchimento da notificação PCE-101.   [ ] Relação precária com a GRS.   [ ] falta de cobrança da GRS.   [ ] falta de cobrança do município.   [ ] dificuldade no tratamento.   [ ] desorganização do serviço.   [ ] faltam computadores.   [ ] Estrutura física precária.   [ ] falta transporte para os ACE.   [ ] falta combustível para os carros.   [ ] falta microscópio.   [ ] dificuldade no acesso às áreas.   [ ] grandes extensões territoriais.   [ ] faltam lâminas de microscópio.   [ ] falta Kit para diagnóstico.   [ ] faltam potes de fezes e etiquetas.   [ ] Outros: _____ [ ] <b>NA</b></p>	
<p><b>37.</b> De um modo geral, o PCE concentra suas ações em qual área?   1. Urbana   2. Rural   3. Ambas   <b>8. NA</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>38.</b> O município possui mapas ou croquis para facilitar o planejamento de suas ações?</p> <p>0. Não   1. Sim   2. Parcialmente</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>39.</b> O município identificou coleções hídricas (córregos, lagos, represas, etc.) que potencialmente podem ser um risco para usuários os banhistas?</p> <p>0. Não   1. Sim   2. Parcialmente</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>40.</b> Vocês utilizam o Diário de Coproscopia e Tratamento (Relatório PCE) – Formulário PCE-101?</p> <p>0. Não   1. Sim   2. Parcialmente   3. Não conheço o formulário   <b>8. NA</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>41.</b> Há evidências de que no município existam áreas com prevalência de esquistossomose superior a 25%?   <b>0. Não   1. Sim</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>42.</b> Já ocorreu alguma situação em que a comunidade ou área tivesse prevalência maior que 50%?</p> <p>0. Não   1. Sim   Há quanto tempo atrás? (anos) _____   <i>Preencher 00 se NS</i></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>43.</b> O tratamento nesta comunidade foi realizado em toda aquela população (tratamento em massa)?</p> <p>0. Não   1. Sim   <b>8. NA</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>44.</b> Em qual local os Exames Parasitológicos de Fezes (EPF) do PCE são realizados:   <i>Marque X na(s) correta(s).</i></p>	

<p><input type="checkbox"/> Laboratório Municipal <input type="checkbox"/> Laboratório Particular <input type="checkbox"/> FUNASA/Controle de Zoonoses</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> <b>NA</b></p>	
<p><b>45.</b> Quem é <b>responsável</b> pelo tratamento dos casos positivos de esquistossomose nestes inquéritos?</p> <p><input type="checkbox"/> Equipe da Funasa/Zoonoses <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Equipe da UBS ou ESF <input type="checkbox"/> O próprio paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> <b>NA</b></p>	
<p><b>46.</b> O tratamento dos casos positivos é realizado na presença do responsável em dose única? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>2.</b> Às vezes <b>8.</b> <b>NA</b></p> <p><b>Se 0 ou 2, cite a(s) causa(s)? Marque X na(s) correta(s)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pessoas não aderem. <input type="checkbox"/> Falta medicamento (PZQ) no município <input type="checkbox"/> Gravidez ou Amamentação. <input type="checkbox"/> Dificil localização das pessoas. <input type="checkbox"/> Longas distâncias a percorrer. <input type="checkbox"/> Faltam recursos humanos. <input type="checkbox"/> Faltam equipamentos (balança, transporte, etc.). <input type="checkbox"/> Pessoa mudou. <input type="checkbox"/> Falta de treinamento dos profissionais. <input type="checkbox"/> <b>NA</b> <input type="checkbox"/> Outras: _____</p>	□
<p><b>47.</b> Onde os casos positivos do PCE são tratados no município (<b>local de referência</b>)? <b>Marque o(s) local(is) onde ocorre este tratamento.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Próprio domicílio do caso positivo. <input type="checkbox"/> <b>NA</b></p> <p><input type="checkbox"/> As pessoas são responsáveis pelo tratamento, buscam o PZQ e tomam por conta própria.</p> <p><input type="checkbox"/> Funasa/Controle de zoonoses <input type="checkbox"/> Policlínica <input type="checkbox"/> Hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	
<p><b>48.</b> Qual a origem do PZQ? <input type="checkbox"/> Ministério da Saúde via GRS <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> <b>NA</b></p>	
<p><b>49.</b> Há alguma dificuldade na aquisição do medicamento (PRAZIQUANTEL®) por parte do município?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim, sempre <b>2.</b> Esporadicamente <b>8.</b> <b>NA</b> Se RESPOSTA = <b>1</b> ou <b>2</b>:</p> <p><b>Cite:</b> _____</p>	□
<p><b>50.</b> Vocês já realizaram ações de controle ao hospedeiro intermediário (caramujo) neste município?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim, sempre <b>2.</b> Esporadicamente</p> <p><b>Comente:</b> _____</p>	□
<p><b>51.</b> Vocês já realizaram coleta periódica de caramujos para identificação de taxa de infecção para esquistossomose? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim, sempre <b>2.</b> Esporadicamente <b>8.</b> <b>NA</b></p>	□
<p><b>52.</b> Se SIM, têm todas estas áreas demarcadas e assinaladas em seus croquis/mapas? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>8.</b> <b>NA</b></p>	□
<p><b>53.</b> O município recebe material malacológico para realização destas atividades quando necessário?</p> <p><b>0.</b> Não ocorreu esta situação <b>1.</b> Sim, sempre <b>2.</b> Esporadicamente</p>	□
<p><b>54.</b> Há atividades de prevenção e controle da Esquistossomose nos municípios vizinhos a este?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>3.</b> Não sabe informar</p>	□

<p><b>55.</b> O PCE adota algum Manual do Ministério da Saúde para se orientar em suas práticas diárias?</p> <p><input type="checkbox"/> Guia de Vigilância Epidemiológica      <input type="checkbox"/> Guia de bolso das doenças infecto-parasitárias</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Vigilância e Controle dos Moluscos de Importância Médica</i></p> <p><input type="checkbox"/> Cadernos de Atenção Básica em Saúde – Dengue, Esquistossomose, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Não utiliza      <input type="checkbox"/> <b>NA</b></p>	
<p><b>56.</b> Existe algum tipo de cobrança ou exigência da <b>Gerência Regional de Saúde (GRS)</b> a ser cumprida por parte do município relacionada às atividades específicas de vigilância e controle da esquistossomose?</p> <p><i>Marque todas que julgar necessário</i></p> <p><input type="checkbox"/> Não existe cobrança. <input type="checkbox"/> Preenchimento das Fichas do PCE-101 (Relatórios). <input type="checkbox"/> Realização de Campanhas (busca ativa). <input type="checkbox"/> Ações de Educação em Saúde na comunidade e nas escolas. <input type="checkbox"/> Prestação de Contas sobre recursos financeiros adquiridos. <input type="checkbox"/> Prestação de contas a respeito de materiais disponibilizados (etiquetas, kits, etc.). <input type="checkbox"/> Prestação de contas sobre medicamentos recebidos. <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> <b>NA</b></p>	
<p><b>57.</b> A GRS dá algum suporte para o município no que se refere às ações de controle e vigilância da esquistossomose? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim, sempre <b>2.</b> Esporadicamente <b>3.</b> Não sabe informar</p>	□
<p><b>58.</b> Se respondeu <b>1</b> ou <b>2</b>, marque com X as opções: <input type="checkbox"/> Fornece etiquetas. <input type="checkbox"/> Fornece potes. <input type="checkbox"/> Fornece kit Kato-Katz. <input type="checkbox"/> Fornece Lâminas. <input type="checkbox"/> Auxilia no planejamento das ações. <input type="checkbox"/> Promove Capacitação. <input type="checkbox"/> Auxílio logístico ( mapas, croquis, etc.). <input type="checkbox"/> Fornece medicamentos. <input type="checkbox"/> Fornece transporte. <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> <b>NA</b></p>	
<p><b>59.</b> A GRS determinou algum número de exames (EPF) em seu município neste último ano?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim</p>	□
<p><b>60.</b> Se SIM, você cumpriu a pactuação? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>2.</b> Não sabe informar <b>8.</b>NA</p>	□
<p><b>61.</b> Já pactuou anteriormente? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>2.</b> Não sabe informar</p>	□
<p><b>62.</b> O município realizou alguma ação direcionada para a melhoria da <b>infraestrutura do saneamento</b> da população? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim</p>	□
<p><b>63.</b> Se SIM, qual o local? <b>1.</b> Zona urbana <b>2.</b> Zona rural <b>3.</b> Ambas <b>8.</b> NA</p>	□
<p>Estas ações foram realizadas juntamente com outras secretárias (obras, cidades, etc.)? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>8.</b> NA</p>	□
<p><b>O que foi feito:</b> <input type="checkbox"/> Canalização de cursos d água. <input type="checkbox"/> Limpeza e remoção de detritos. <input type="checkbox"/> Controle do represamento da água. <input type="checkbox"/> Melhorias na infraestrutura sanitária. <input type="checkbox"/> Aterro de coleções hídricas. <input type="checkbox"/> Construção de banheiros. <input type="checkbox"/> <b>NA.</b> <b>Outros:</b> _____</p>	
<p><b>64.</b> Caso <b>NÃO</b> tenham feito ações direcionadas ao saneamento, marque a opção que responde o motivo:</p> <p><input type="checkbox"/> Não houve necessidade. <input type="checkbox"/> Não tinha recurso financeiro. <input type="checkbox"/> problemas administrativos. <input type="checkbox"/> faltam recursos humanos. <input type="checkbox"/> problemas com tramites legais. <input type="checkbox"/> <b>NA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	

<p><b>65.</b> Algum dos profissionais do controle de Endemias/Zoonose/PCE participou de treinamento/sensibilização sobre ações de vigilância e controle da esquistossomose?</p> <p><b>Assinale: 0. Não 1. Sim</b> [ ] Laboratorista [ ] Auxiliar de laboratório [ ] ACE/FUNASA</p> <p>[ ] Outros: _____</p>	
<p><b>66.</b> Algum dos profissionais do controle de Endemias/Zoonose/PCE participou de treinamento/sensibilização sobre controle do caramujo?</p> <p><b>Assinale: 0. Não 1. Sim</b> [ ] Laboratorista [ ] Auxiliar de laboratório [ ] ACE/FUNASA</p> <p>[ ] Outros: _____</p>	
<p><b>67.</b> Nos últimos 02 anos <b>setor de controle de endemias/Zoonose/PCE RECEBEU</b> algum material educativo (panfletos, folders, cartazes, etc.) sobre as ações de vigilância e controle da esquistossomose da GRS?</p> <p>0. Não 1. Sim, continuamente 2. Sim, somente por um período 3. Não sabe informar</p>	□
<p><b>68.</b> Nos últimos 02 anos o setor de <b>controle de endemias/Zoonose/PCE DISTRIBUIU</b> material educativo (panfletos, folders, cartazes, etc.) sobre as ações de vigilância e controle da esquistossomose, dirigido aos <b>profissionais de saúde</b>?</p> <p>0. Não 1. Sim, continuamente 2. Sim, somente por um período. 3. Não sabe informar</p>	□
<p><b>69.</b> E para <b>a população do município</b>?</p> <p>0. Não 1. Sim, continuamente 2. Sim, somente por um período 3. Não sabe informar</p>	□
<p><b>70.</b> Nos últimos 02 anos foi realizada alguma Campanha Educacional para Prevenção e Controle da <b>Esquistossomose</b> direcionada aos moradores do município?</p> <p>0. Não 1. Sim, continuamente 2. Sim, somente por um período. Onde? _____ 3. Não sabe informar</p>	□
<p><b>71.</b> A SMS possui algum mecanismo para <b>sugestões ou reclamação</b> da população sobre o setor de controle de endemias/Zoonose/PCE de saúde? 0. Não 1. Sim</p>	□
<p><b>72.</b> O setor de controle de endemias/Zoonoses/ realiza atividades <b>nas escolas ou associações comunitárias</b> para prevenção da esquistossomose? 0. Não 1. Sim</p>	□
<p><b>73.</b> No último ano o PCE/SMS incentivou a formação de seus profissionais através de apoio financeiro, logístico ou liberação de carga horária? 0. Não 1. Sim</p>	□

#### ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO INTERNA DE SERVIÇOS DO PCE

<p><b>74.</b> São realizadas reuniões com os profissionais responsáveis pelas atividades no PCE para orientações e discussão das ações? 0. Não 1. Sim <b>8. NA</b></p>	□
<p><b>75.</b> Qual a periodicidade dessas reuniões com a equipe? 1. Ocasional 2. Semanal 3. Quinzenal 4. Mensal 5. Outro: _____ 6. Não faz <b>8. NA</b></p>	□
<p><b>76.</b> São realizadas reuniões com os profissionais responsáveis pelas atividades no PCE para <b>RECICLAGEM/ATUALIZAÇÃO</b>? 0. Não 1. Sim</p>	□
<p><b>77.</b> Você participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde? 0. Não 1. Sim 2. Às vezes 3. Não há PMS</p>	□

#### REGISTRO DA INFORMAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES

Agora preciso que disponibilizem os registros de alguns indicadores.

<b>Solicitar o preenchimento dos seguintes dados para o ano de 2010.</b>	
<b>78. CASO NÃO TENHA FEITO BUSCA ATIVA, MARQUE: [ ] NÃO SE APLICA</b>	
<b>a. Número total de casos confirmados de esquistossomose.</b>	□□□□
<b>b. EPF realizados: POPULAÇÃO TRABALHADA.</b>	□□□□
<b>c. N° de Potes/Latinhas entregues</b>	□□□□
<b>d. N° de Potes/Latinhas recebidos</b>	□□□□
<b>e. Número total de casos de esquistossomose tratados</b>	□□□□
<b>NÃO HÁ REGISTROS NO DEPARTAMENTO [ ]</b>	

**CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS DO ENTREVISTADO**

<b>79.</b> Há alguma questão sobre a PCE que gostaria de comentar que não foi abordada no questionário?  0. Não (finalizar a entrevista) 1. Sim	□
<b>80.</b> Comente livremente a seguir:  _____  _____  _____	



### 8.3 APÊNDICE 3 – Questionário com o Coordenador da Estratégia Saúde da Família.

#### INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES COM O GESTOR MUNICIPAL – COORDENADOR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO [ ] [ ]

Para todo questionário, preencher 8 ou 88 para Não se aplica se necessário.

## IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Data da entrevista	[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ]
Entrevistador	

## IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

<b>1.</b> Nome do entrevistado:	
<b>2.</b> Função/Cargo	
<b>3.</b> Profissão:	Tempo na coordenação: (anos) (meses)
<b>4.</b> Escolaridade (completo):	
<b>5.</b> Foi capacitado para assumir a coordenação: [ ] 0. Não 1. Sim	
<b>6.</b> Em que ano concluiu o curso de maior qualificação?	
<b>7.</b> Qual o tempo de dedicação ao cargo? [ ] [ ]	
1. 40 horas semanais 2. Entre 39 e 20 horas semanais 3. Menos de 20 horas semanais	

## IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

<b>8.</b> Nome do Município:	
<b>9.</b> Possui telefone?	<b>10.</b> Possui Fax?
[ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
[ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	

## GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA.

<b>11.</b> A Esquistossomose é um <b>problema</b> de saúde em seu município? 0. Não 1. Sim	[ ]
<b>12.</b> A Esquistossomose é uma <b>prioridade</b> de saúde em seu município? 0. Não 1. Sim	[ ]
<b>13.</b> Você sabe o que é o <b>Programa de Controle da Esquistossomose (PCE)</b> ? 0. Não 1. Sim	[ ]
<b>14.</b> Você considera que seu município é endêmico para a Esquistossomose? 0. Não 1. Sim	[ ]
<b>15.</b> Há alguma estratégia da equipe do PSF para investigar possíveis casos de esquistossomose na <b>Atenção Primária à Saúde</b> ? 0. Não 1. Sim 2. Esporadicamente 3. Não sabe informar Se a resposta for 1 ou 2, comente: _____ _____	[ ]

<p><b>16.</b> Quando um paciente busca atendimento na ABS e é solicitado EPF para esquistossomose? (Marque X na(s) alternativa(s))</p> <p><input type="checkbox"/> O Serviço de Saúde disponibiliza o exame no município.</p> <p><input type="checkbox"/> O Serviço de Saúde disponibiliza o exame particular ou em outro município.</p> <p><input type="checkbox"/> O paciente tem que realizar por meios próprios.</p> <p>Outros: _____</p>	
<p><b>17.</b> Os casos positivos são notificados (Ficha de Identificação Epidemiológica) pela Unidade Básica de Saúde? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>2.</b> Às vezes <b>3.</b> Não sabe informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>18.</b> Quais formulários são utilizados para notificar esquistossomose no município?</p> <p><b>1.</b> SINAN <b>2.</b> PCE-108 <b>3.</b> Não sabe informar <b>4.</b> SINAN e PCE-108 <b>8.</b> NA</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>19.</b> Onde a SMS disponibiliza o medicamento (PZQ) para este paciente quando positivo, marque todas que julgar necessário?</p> <p><input type="checkbox"/> na UBS <input type="checkbox"/> na SMS <input type="checkbox"/> no Hospital <input type="checkbox"/> na Policlínica <input type="checkbox"/> Na Farmácia Básica</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente adquire particular <input type="checkbox"/> Funasa/Controle de Endemias</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	
<p><b>20.</b> Onde este paciente realiza o tratamento (<b>toma o remédio</b>)?</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço de saúde <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Controle de Zoonoses/Endemias</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	
<p><b>21.</b> A ESF deste município já prestou assistência a algum caso grave de esquistossomose neste município? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim (em algum momento) <b>3.</b> Não sabe informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>22.</b> Qual a referência para o atendimento dos casos graves de esquistossomose?</p> <p><input type="checkbox"/> Próprio município <input type="checkbox"/> Outro município <input type="checkbox"/> É responsabilidade do paciente</p>	
<p><b>23.</b> Se necessário o encaminhamento do paciente grave para outro município, vocês disponibilizam:</p> <p><b>Marque todas que julgar necessário</b></p> <p><input type="checkbox"/> Transporte. <input type="checkbox"/> Acompanhante. <input type="checkbox"/> Profissional de saúde (quando necessário). <input type="checkbox"/> Casa de Apoio. <input type="checkbox"/> Auxílio financeiro (hospedagem, alimentação etc.). <input type="checkbox"/> Não disponibiliza. <input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> NA</p>	
<p><b>24.</b> A coordenação do PSF recebe a ficha de contra referência do município no qual o paciente foi tratado/acompanhado?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>2.</b> Nem sempre <b>3.</b> Não sabe informar <b>8.</b> NA</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>25.</b> Há ações realizadas pela equipe da ESF em parceria com a equipe de <b>Controle de Endemias</b> (geral)?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>2.</b> Esporadicamente <b>3.</b> Não sabe informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>26.</b> Todos os casos positivos identificados pelas equipes de ESF são repassados para o PCE no município? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim, sempre <b>2.</b> Às vezes <b>3.</b> Não sabe informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>27.</b> Você acredita que as diretrizes para o controle da esquistossomose (<b>PCE</b>) são viáveis para o município? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>2.</b> Às vezes <b>3.</b> Não conheço as diretrizes</p> <p>Se <b>1</b> ou <b>2</b>, comente sua resposta: _____</p>	<input type="checkbox"/>

28. Você avalia periódica e sistematicamente a produção dos serviços ofertados pela SMS para as ações de o controle e vigilância da esquistossomose? <b>0. Não 1. Sim 2. Às vezes 3. Não há atividades</b> Como? _____	<input type="checkbox"/>
29. São realizadas reuniões entre as coordenações da ESF e do Programa de Controle da Esquistossomose? <b>0. Não 1. Sim 2. Às vezes 3. Não há atividades</b>	<input type="checkbox"/>

#### GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE - CAPACITAÇÃO.

30. Os profissionais das equipes já participaram de treinamento/sensibilização sobre ações de vigilância, tratamento e controle da Esquistossomose? <b>Assinale: 0. Não 1. Sim</b> [ ] Equipe Médica [ ] Equipe de Enfermagem [ ] ACS	<input type="checkbox"/>
31. Há quanto tempo (anos)? ____ Equipe Médica ____ Equipe de Enfermagem ____ ACS <b>88.NA</b>	<input type="checkbox"/>
32. No último ano a SMS incentivou a formação de seus profissionais através de apoio financeiro, logístico ou liberação de carga horária para algum treinamento ou capacitação? <b>0. Não 1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
33. Nos últimos 02 anos a ESF <b>DISTRIBUIU</b> material educativo (panfletos, folders, cartazes, etc.) sobre as ações de vigilância e controle da esquistossomose, dirigido <b>aos profissionais de saúde</b> ? <b>0. Não 1. Sim, continuamente 2. Sim, somente por um período.</b>	<input type="checkbox"/>
34. E para a <b>população do município</b> ? <b>0. Não 1. Sim, continuamente 2. Sim, somente por um período.</b>	<input type="checkbox"/>
35. Nos últimos 02 anos foi realizada alguma Campanha Educacional para Prevenção e Controle da <b>Esquistossomose</b> direcionada aos moradores do município? <b>0. Não 1. Sim, continuamente 2. Sim, somente por um período. Onde? _____</b>	<input type="checkbox"/>
36. Os profissionais de saúde da ESF realizam atividades <b>nas escolas ou associações comunitárias</b> com o objetivo de informar as pessoas sobre a necessidade de prevenir e controlar a <b>Esquistossomose</b> ? <b>0. Não 1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
37. Os profissionais de saúde da ESF realizam atividades <b>nas escolas ou associações comunitárias</b> com o objetivo de informar as pessoas sobre a necessidade de prevenir e controlar <b>outras doenças (HAS, DST, DM, DENGUE)</b> ? <b>0. Não 1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
38. A SMS possui algum mecanismo para a população fazer <b>sugestões ou reclamação</b> sobre o serviço de saúde municipal? <b>0. Não 1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
39. O município tem alguma unidade de saúde ou local que é destinado a treinamento ou capacitação de seus profissionais da equipe da ESF? <b>0. Não 1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
40. Você participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde? <b>0. Não 1. Sim 2. Às vezes 3. Não há PMS.</b>	<input type="checkbox"/>

#### REGISTROS DE SAÚDE E TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO.

41. A SMS possui microcomputadores? <b>0. Não 1. Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>1. Sim, quantos?</b>	<input type="checkbox"/>
42. Há um serviço, núcleo ou equipe de informática na SMS? <b>0. Não 1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
Há uma pessoa ou equipe responsável para digitação das informações dos outros sistemas de informação à saúde (SIAB, SIH, SINASC, etc.)? <b>0. Não 1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>

<b>43.</b> Há computadores na SMS que possuem os seguintes Sistemas de Informação automatizados:  (Para cada item, marcar: <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim).	
<b>a.</b> Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS)?	<input type="checkbox"/>
<b>b.</b> Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS)?	<input type="checkbox"/>
<b>c.</b> Sistema de Informação da Mortalidade (SIM)?	<input type="checkbox"/>
<b>d.</b> Sistema de Informação dos Nascidos Vivos (SINASC)?	<input type="checkbox"/>
<b>e.</b> Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN)? <b>(Verificar a existência da Ficha Individual de Notificação-FIN. Caso a SMS não possua, considerar a opção como Não).</b>	<input type="checkbox"/>
<b>f.</b> Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB)?	<input type="checkbox"/>

**CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS DO ENTREVISTADO**

<b>44.</b> Há alguma questão sobre a SMS que gostaria de comentar que não foi abordada no questionário?  <b>0.</b> Não ( <b>finalizar a entrevista</b> ) <b>1.</b> Sim	<input type="checkbox"/>
<b>45.</b> Comente livremente a seguir:  _____  _____  _____	

## 8.4 APÊNDICE 4 - Questionário com os Profissionais de saúde (médico ou enfermeiro) da ESF.

<b>QUESTIONÁRIO - PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>	
<b>INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES COM OS MÉDICOS/ENFERMEIROS DA EQUIPE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	
QUESTIONÁRIO _____	
IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	
Data da entrevista _____/_____/_____	
Entrevistador: _____	Horário de início da entrevista _____:_____:____h
Nome do Município _____	Nome do ESF: _____ ( ) 1.Urbano 2.Rural
Nome do entrevistado: _____ Profissão: _____	
1. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	
2. Tempo de serviço na profissão: _____ ano(s) _____ mês(es)	
3. Tempo de serviço na ESF do município: _____ ano(s) _____ mês(es)	
4. Vínculo: ( ) Contrato ( ) Concurso ( ) Outros: _____	
5. Qual é sua carga horária semanal: _____ horas	
6. Tem outro vínculo empregatício: ( ) sim ( ) não Qual: _____	
7. Você reside no município? ( ) sim ( ) não	
8. Qual a composição da sua equipe de ESF (n.º de profissionais): médicos _____ enfermeiros _____ técnicos/auxiliar de enfermagem _____ ACS _____	
9. Qual o n.º de pessoas na área de abrangência desta equipe?	
10. Existem, na área de abrangência de sua equipe, locais com condições precárias de estrutura de saneamento básico, água potável, coleta de lixo, precárias condições higiene etc.? ( ) sim ( ) não ( ) não sabe	
11. Você julga que a sua unidade dispõe de materiais e equipamentos (estetoscópio de pinar, medicamentos, material preventivo, fita, consultório etc.) necessários à realização de suas atividades básicas? ( ) sim ( ) não ( ) em parte ( ) não sabe	
12. A equipe de saúde da família realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre cuidados com a saúde e medidas sanitárias de um modo geral? ( ) semanal ( ) quinzenal ( ) mensal ( ) semestral ( ) não ( ) não sabe	
13. Você julga que a esquistossomose é um problema que merece atenção ESPECIAL da equipe de ESF quanto às ações e estratégias direcionadas ao seu controle na ABS municipal? ( ) sim ( ) não	
14. Em relação ao diagnóstico e controle da esquistossomose sua equipe: <b>Marque X em todas as opções realizadas.</b> ( ) solicita EPF a TODOS pacientes como rotina. ( ) solicita EPF aos casos sintomáticos. ( ) solicita EPF aos moradores de área de risco para esquistossomose. ( ) solicita EPF aos familiares dos casos positivos em sua área. ( ) solicita EPF após o tratamento com PZQ. ( ) preenche a ficha de investigação para esquistossomose PCE-108. ( ) preenche a ficha do SINAN. ( ) não notifica por falta da ficha. ( ) não notifica por desconhecimento. ( ) não executa nenhuma atividade. ( ) Outros: _____	
15. Quais exames você solicita para realizar o diagnóstico da esquistossomose? [ ] EPF sem discriminar método [ ] EPF pelo Kato Katz [ ] EPF sedimentação [ ] Sangue (Eosinofilia) [ ] Outros: _____	
16. O resultado de EPF fornece a quantidade de ovos por grama de fezes para esquistossomose? [ ] Não [ ] Sim	
17. Como é feito o tratamento (dosagem) para a esquistossomose? <b>Permitido consultar</b> [ ] 1. Dose única 2. Dose fracionada em mais de 01 dia 3. Não sabe informar [ ] 1. 50mg todos 2. 50mg adulto e 60mg crianças 3. Não sabe informar [ ] Outros: _____	
18. Onde o medicamento (Praziquantel) é adquirido? [ ] na UBS. [ ] na Farmácia Básica municipal pelo paciente. [ ] na Farmácia Básica municipal pela ESF. [ ] no Controle de Zoonoses/Funasa municipal pelo paciente. [ ] no Controle de Zoonoses/Funasa municipal pela ESF. [ ] Não sabe [ ] Outros: _____	
19. Onde é feito o tratamento do paciente? [ ] UBS [ ] Policlínica [ ] Hospital [ ] Controle de Zoonoses/Funasa [ ] Domicílio (responsabilidade do usuário) [ ] Outros: _____	
20. Você conhece o Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) do MS? ( ) sim ( ) não	
21. Em seu município, há atuação do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE)? ( ) sim ( ) não ( ) não sabe	
22. Você considera que o Programa de Controle da Esquistossomose deste município é: ( ) excelente ( ) bom ( ) regular ( ) fraco ( ) péssimo ( ) NA ( ) não sabe	
23. Você já recebeu algum material explicativo sobre o PCE e suas atividades? ( ) sim ( ) não	
24. Há parceria entre o PCE e a ESF para controle da esquistossomose? ( ) formal ( ) informal ( ) não há parceria ( ) Não sabe	

<p><b>25.</b> Quais atividades são realizadas nesta parceria?  <input type="checkbox"/> distribuição conjunta de potes entre ACS e ACE <input type="checkbox"/> troca de informação sobre dados epidemiológicos. <input type="checkbox"/> reunião para definição de estratégias e ações para controle da doença. <input type="checkbox"/> Palestras para a comunidade. <input type="checkbox"/></p> <p>Outros: _____ <input type="checkbox"/> NA</p>
<p><b>26.</b> Sua equipe de ESF participa de reuniões para definir estratégias, indicadores e ações relacionadas aos problemas dos principais agravos municipais?  <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> quinzenal <input type="checkbox"/> mensalmente <input type="checkbox"/> semestralmente <input type="checkbox"/> anualmente <input type="checkbox"/> não</p>
<p><b>27.</b> Há reuniões para definir estratégias, indicadores e ações relacionadas à esquistossomose em sua equipe?  <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> quinzenal <input type="checkbox"/> mensalmente <input type="checkbox"/> semestralmente <input type="checkbox"/> anualmente <input type="checkbox"/> não</p>
<p><b>28.</b> Os profissionais de sua equipe foram treinados ou capacitados para atender paciente com esquistossomose? <b>Responda: 1. Sim e 0. Não</b>  <input type="checkbox"/> Médico(a) <input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/> Técnico(a) de enfermagem <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/></p> <p>Outros: _____ <input type="checkbox"/> Não sabe</p>
<p><b>29.</b> A esquistossomose é discutida nas reuniões da equipe médica municipal (PEP)?  <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não há reunião do PEP <input type="checkbox"/> não participo <input type="checkbox"/> <i>não sou médico</i></p>
<p><b>30.</b> Quais atividades você sugere que o município poderia fazer para intensificar as ações de controle da esquistossomose?  <input type="checkbox"/> maior nº de médicos <input type="checkbox"/> viabilizar maior nº EPF <input type="checkbox"/> viabilizar maior nº do medicamento PZQ <input type="checkbox"/> fazer reuniões/palestras com a população <input type="checkbox"/> realizar campanhas educativas para a população <input type="checkbox"/> realizar treinamentos/capacitações para os profissionais da UBS <input type="checkbox"/> viabilizar mais exames especializados <input type="checkbox"/> melhorar a infraestrutura na UBS <input type="checkbox"/> melhorar as estratégias nas ações de controle de endemias/zoonose. <input type="checkbox"/> explorar o tema esquistossomose em Grupos Operativos. <input type="checkbox"/> explorar o tema esquistossomose na Sala de Espera da UBS <input type="checkbox"/> realizar a capacitação dos ACS sobre esquistossomose. <input type="checkbox"/> realizar ações de controle na população de áreas de risco para esquistossomose. <input type="checkbox"/> firmar parcerias entre as equipes de ESF e Controle de Endemias(PCE). <input type="checkbox"/> Não há necessidade.  <input type="checkbox"/> Outros _____</p>

## 8.5 APÊNDICE 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Gestores – Secretário Municipal de Saúde, Coordenador de Endemias/Zoonoses e Coordenador da Estratégia Saúde da Família.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Dr<sup>a</sup>. Andréa Gazzinelli

**INSTITUIÇÃO:** Universidade Federal de Minas Gerais.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Avanços e desafios da descentralização do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais**”.

A pesquisa tem como objetivo principal analisar as ações de vigilância e controle da esquistossomose quanto a sua organização e operacionalização em municípios endêmicos de Minas Gerais após o processo de descentralização.

Será aplicado um questionário com aos **gestores(a) municipais** de saúde que abordará aspectos relacionados à capacidade instalada dos serviços de saúde municipal e seus recursos humanos, financiamento do PCE, estratégias de controle da esquistossomose no município, fatores dificultadores e facilitadores da operacionalização destas ações, capacitação e educação permanente dos profissionais envolvidos. O(a) entrevistado(a) será estimulado(a) a responder as questões que lhe forem feitas, mas terá liberdade para não responder àquelas que não desejarem.

A aplicação do questionário será realizada para cada participante, individualmente, e em local reservado. A entrevista é absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que o(a) entrevistado(a) não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento caso o (a) entrevistado (a) assim decidir. As informações prestadas pelos entrevistados são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. Não haverá remuneração por sua participação nesta pesquisa. A recusa não terá nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a instituição. Dessa forma, a investigação segue as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

A aplicação do questionário terá duração média de 30 minutos. O benefício direto desta pesquisa é a sistematização e disponibilização de informações para a área de saúde pública. Assim, podem-se gerar informações capazes de contribuir para a melhoria do controle da esquistossomose e da qualidade dos serviços públicos de saúde nos municípios endêmicos do estado de Minas Gerais. Dessa forma será possível contribuir para o fortalecimento e eficiência operacional destas ações no âmbito municipal visando à consolidação das diretrizes propostas pelo programa, amparadas pelos preceitos do SUS.

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o entrevistador. Uma cópia do termo de consentimento será oferecida para o entrevistado. Caso a dúvida persista ou o entrevistado demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, o entrevistado pode entrar em contato com a pesquisadora coordenadora da pesquisa:

*Dra. Andréa Gazzinelli – Av. Alfredo Balena, 190, sala 418, Escola de Enfermagem da UFMG, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG - Tel: (31) 3409-9863.*

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Sei também que a minha participação é voluntária e que posso desistir da entrevista mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que a minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa.

Por tudo isso, declaro que li este termo de consentimento e concordo em participar da pesquisa respondendo às perguntas da entrevista.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do gestor municipal ou profissional por ele designado:

\_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador:

\_\_\_\_\_

## 8.6 APÊNDICE 6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Dr<sup>a</sup>. Andréa Gazzinelli

**INSTITUIÇÃO:** Universidade Federal de Minas Gerais.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Avanços e desafios da descentralização do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais**”.

A pesquisa tem como objetivo principal analisar as ações de vigilância e controle da esquistossomose quanto a sua organização e operacionalização em municípios endêmicos de Minas Gerais após o processo de descentralização.

Será aplicado um questionário aos **profissionais de saúde do município**, médicos ou enfermeiros, integrantes de cada equipe de Estratégia Saúde da Família deste município, que abordará aspectos relacionados à estrutura da equipe em que ele esta inserido, ao controle e vigilância da esquistossomose no município, notificação compulsória desta doença, aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento dos infectados, capacitação e educação permanente dos profissionais envolvidos. O (a) entrevistado (a) será estimulado (a) a responder as questões que lhe forem feitas, mas terá liberdade para não responder àquelas que não desejarem.

A aplicação do questionário será realizada para cada participante, individualmente, e em local reservado. A entrevista é absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que o (a) entrevistado (a) não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento caso o (a) entrevistado (a) assim decidir. As informações prestadas pelos entrevistados são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. Não haverá remuneração por sua participação nesta pesquisa. A recusa não terá nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a instituição. Dessa forma, a investigação segue as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

A aplicação do questionário terá duração média de 20 minutos. O benefício direto desta pesquisa é a sistematização e disponibilização de informações para a área de saúde pública. Assim, pode-se gerar informações capazes de contribuir para a melhoria do controle da esquistossomose e da qualidade dos serviços públicos de saúde nos municípios endêmicos do estado de Minas Gerais. Dessa forma será possível contribuir para o fortalecimento e eficiência operacional destas ações no âmbito municipal visando à consolidação das diretrizes propostas pelo programa, amparadas pelos preceitos do SUS.

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o entrevistador. Uma cópia do termo de consentimento será oferecida para o entrevistado. Caso a dúvida persista ou o entrevistado demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, o entrevistado pode entrar em contato com a pesquisadora coordenadora da pesquisa:

*Dra. Andréa Gazzinelli – Av. Alfredo Balena, 190, sala 418, Escola de Enfermagem da UFMG, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG - Tel: (31) 3409 9863.*

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Sei também que a minha participação é voluntária e que posso desistir da entrevista mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que a minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa.

Por tudo isso, declaro que li este termo de consentimento e concordo em participar da pesquisa respondendo às perguntas da entrevista.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do profissional de saúde:

\_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador:

\_\_\_\_\_



### 8.7 APÊNDICE 7 – Modelagem de Variáveis Latente – Qualidade da Assistência oferecida às ações de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose em nível municipal.

Descrição das variáveis utilizadas no MVL

Variável	Descrição
V1	Unidade dispõe de materiais e equipamentos para a realização de atividades básicas,
V2	Realiza reuniões comunitárias para desenvolver educação em saúde
V3	Solicita EPF para todos pacientes
V4	Solicita EPF para grupos de risco específicos e após ao tratamento com PZQ
V5	Notificação e utilização o formulário PCE-108
V6	Uso método Kato-Katz como escolha para o EPF
V7	Tratamento em dose única e dosagem adequada realizado pelo profissional
V8	Aquisição de PZQ em um setor saúde municipal por meio de profissionais de saúde
V9	Recebimento de material explicativo sobre o PCE e suas atividades
V10	Local do tratamento
V11	Parcerias nas ações de vigilância e controle entre os profissionais do PCE e ESF
V12	, reuniões entre equipe de ESF para discutir questões sobre esquistossomose
V13	Capacitação da equipe do PSF para as ações sobre a doença
V14	Notificação dos casos positivos pela UBS
V15	Local de referência de casos graves de esquistossomose
V16	Repasse dos casos positivos da APS ao PCE
V17	Participação do gestor municipal na elaboração do PMS
V18	Pactuação da esquistossomose na planilha de metas municipal
V19	Existência de um setor de epidemiologia

Resultados do modelo de Teoria de Resposta ao Item (TRI)

Variáveis	Dificuldade	Discriminação
V1	-4,724	0,296
V2	-3,922	0,296
V3	1,779	0,296
V4	3,735	0,296
V5	-0,911	0,296
V6	8,332	0,296
V7	0,349	0,296
V8	1,195	0,296
V9	0,070	0,296
V10	5,408	0,296
V11	2,080	0,296
V12	9,379	0,296
V13	4,513	0,296
V14	-6,484	0,296
V15	3,377	0,296
V16	2,080	0,296
V17	-0,629	0,296
V18	0,209	0,296
V19	-3,921	0,296



66	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0.012	-0.063	0.871
67	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0.002	-0.063	0.871
68	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0.025	-0.288	0.872
69	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	0.007	-0.063	0.871
70	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0.000	0.835	0.870
71	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0.003	-0.288	0.872
72	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0.000	0.611	0.870
73	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0.013	0.162	0.871
74	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0.010	0.611	0.870
75	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0.015	-0.288	0.872
76	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0.000	0.386	0.870
77	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0.001	1.059	0.870
78	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0.012	0.162	0.871
79	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0.001	0.162	0.871
80	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0.001	0.162	0.871
81	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0.006	-0.288	0.872
82	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0.006	-0.063	0.871
83	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0.000	0.611	0.870
84	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0.003	-0.063	0.871
85	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0.001	-0.063	0.871
86	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0.004	0.386	0.870
87	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0.037	-0.288	0.872
88	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0.001	0.162	0.871
89	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0.004	0.835	0.870
90	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0.001	0.611	0.870
91	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0.008	0.162	0.871
92	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0.005	0.835	0.870
93	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0.002	0.386	0.870
94	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0.001	0.611	0.870
95	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0.000	0.835	0.870
96	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0.002	0.611	0.870
97	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0.000	0.162	0.871
98	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0.001	0.835	0.870

## 8.8 ANEXO 1 – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 0640.0.203.000-11

Interessado(a): **Profa. Andrea Gazzinelli Correa de Oliveira**  
**Departamento de Enfermagem Materno Infantil e**  
**Saúde Pública**  
**Escola de Enfermagem- UFMG**

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 07 de março de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Avanços e desafios da descentralização do programa de controle da esquistossomose em municípios do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**