

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES

III Curso de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Maria Betânia Andrade Ferreira de Souza

**Avaliação das Atividades do Programa de
Controle da Esquistossomose nos
municípios da II Regional de Saúde no
período de 2005 a 2009.**

RECIFE

2010

Maria Betânia Andrade Ferreira de Souza

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DO PROGRAMA DE CONTROLE
DA ESQUISTOSSOMOSE NOS MUNICÍPIOS DA II REGIONAL
DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2005 A 2009

Monografia apresentada ao III Curso de Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Dra. Solange Laurentino dos Santos

Recife

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S729a Souza, Maria Betânia Andrade Ferreira de.

Avaliação das atividades do programa de controle da Esquistossomose nos municípios da II Regional de Saúde no período de 2005 a 2009/ Maria Betânia Andrade Ferreira de Souza. — Recife: M. B. A. F. de Souza, 2010. 49 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Solange Laurentino dos Santos.

1. Esquistossomose - prevenção & controle. 2. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 3. Programas Nacionais de Saúde. I. Santos, Solange Laurentino dos. II. Título.

CDU 616.995.122

Maria Betânia Andrade Ferreira de Souza

**AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA
ESQUISTOSSOMOSE NOS MUNICÍPIOS DA II REGIONAL DE SAÚDE NO PERÍODO
DE 2005 A 2009**

Monografia apresentada ao III Curso de Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Solange Laurentino dos Santos
Orientadora

Prof^ª. Louisiana Regades de Macedo Quinino
Avaliadora

Dedico o presente trabalho, primeiramente a Deus, pelas bênçãos concedidas; ao meu pai, que sempre foi meu norte; a minha família, por terem compartilhado comigo as dificuldades acadêmicas e me ajudado a superar os obstáculos enfrentados durante essa trajetória.

AGRADECIMENTOS

A Professora Solange Laurentino, minha orientadora, pela atenção e apoio que me foram concedidos.

Aos amigos e amigas que direta ou indiretamente me ajudaram e contribuíram na elaboração deste trabalho.

Ao setor de epidemiologia da II Gerência Regional de Saúde, em especial ao colega de trabalho Valmir, por terem disponibilizado os dados necessários a confecção do presente trabalho.

RESUMO

SOUZA, Maria Betânia Andrade Ferreira. **Avaliação das atividades do Programa de Controle da Esquistossomose nos municípios da II Regional de Saúde de Pernambuco no período de 2005 a 2009.** 2010. Monografia do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz, Recife, 2010.

A esquistossomose é uma das parasitoses humanas mais difundidas no mundo. Com a criação do Sistema Único de Saúde, foi realizada a descentralização das ações de controle esquistossomose para os municípios. No estado de Pernambuco, a doença é endêmica em vários municípios, principalmente na região da Zona da Mata. Este estudo teve como objetivo avaliar as atividades do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) nos municípios da II Regional de Saúde do estado de Pernambuco, no período de 2005 a 2009. Os dados foram coletados através do Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose – SISPCE, do Sistema de Gerenciamento de Localidades – SISLOC e da Pactuação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS. Os resultados mostraram que dos 31 municípios da II Regional de Saúde, 26 são considerados endêmicos, conforme estratificação realizada em 2003 pela Secretaria Estadual de Saúde para subsidiar a elaboração de projetos no controle deste agravo no Estado de Pernambuco, de acordo com sua Prevalência (alta, média e baixa). Em relação aos exames pactuados como meta da PAVS, observamos que os municípios da II Regional de Saúde atingiram uma cobertura de 80,58% no período estudado, sendo a meta esperada de 100%, dificultando mostrar a sua endemicidade na região, uma vez que encontramos municípios realizando mais de 100% exames pactuados e municípios que não realizaram exames. Quanto ao tratamento de casos positivos no período (24.937), apenas (18.509) 74,6% foram tratados, onde deveria ser acima de 90%; observando ainda que o maior percentual dos não tratados (6.437) foi pelo motivo de ausência (82,6%), seguidos de contra indicação (16,6%) e recusa (1,2%). Já no que refere à prevalência encontrada no período, pudemos observar que municípios que não estavam na classificação de áreas endêmicas, mas existia o Programa implantado foi detectado localidades com prevalência >50%. Assim conclui-se que há deficiências dos municípios quanto a avaliação das atividades do Programa de Controle da Esquistossomose na II GERES – Limoeiro, em relação ao cumprimento das normas recomendadas pelo Ministério da Saúde para as atividades de rotina de controle da esquistossomose.

Palavras-chaves: Esquistossomose; Programa de Controle; Avaliação de Programas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1-** Distribuição % dos Exames Pactuados / Realizados - II GERES, 2005- 30
2009
- Figura 2** – Tendência do percentual de exames coprocópicos realizados na II 32
GERES, 2005-2009
- Figura 3** – Tendência do Percentual de Tratamento dos casos positivos, II GERES 33
2005-2009
- Figura 4** – Tendência do Percentual de motivo de não tratamento dos casos 36
positivos, II GERES 2005-2009

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Situação da Esquistossomose com dados para Elaboração de Projetos para Controle da Esquistossomose em Pernambuco, 2003. 21
- Tabela 2** – Número absoluto e Distribuição Proporcional de Exames Pactuados/Realizados, segundo município de realização – II GERES, 2005-2009 31
- Tabela 3** - Número absoluto de Resultados Positivos/ Tratados e Distribuição Proporcional, segundo município de realização – II GERES, 2005-2009 34
- Tabela 4** – Número absoluto de exames positivos Não Tratados e Distribuição Proporcional, segundo motivo de não tratamento – II GERES, 2005-2009 35
- Tabela 5** – Distribuição percentual (%) por municípios de acordo com sua prevalência – II GERES, 2005 -2009 41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCE	Programa de Controle da Esquistossomose
PECE	Programa Especial de Controle da Esquistossomose
SISPCE	Sistema de Informações sobre o Programa de Controle da Esquistossomose
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
PAVS	Pactuação das Ações de Vigilância em Saúde
SISLOC	Sistema de Gerenciamento de Localidades
SES	Secretaria Estadual de Saúde
PAVS	Pactuação das Ações de Vigilância em Saúde
SISLOC	Sistema de Gerenciamento de Localidades

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes Históricos da Esquistossomose	14
2.2 Característica Clínicas	15
2.3 Epidemiologia da Doença	17
2.3.1 Vigilância Epidemiológica	18
2.4 O Programa de Controle da Esquistossomose	19
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo Geral	22
3.2 Objetivos Específicos	22
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	23
4.1 Desenho de Estudo	23
4.2 População de Estudo	23
4.3 Área do Estudo	23
4.4 Período de Estudo	27
4.5 Coleta de Dados	27
4.6 Critérios de Inclusão e de Exclusão dos Municípios	27
4.7 Análises dos Dados	27
4.8 Aspectos Éticos	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 Resultado encontrado quanto à positividade nas localidades dos municípios da II GERES, no período 2005–2009.	36
6 CONCLUSÕES	38
7 RECOMENDAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40
ANEXOS	43

1 INTRODUÇÃO

A Esquistossomose Mansônica, doença produzida por trematódeos, do gênero *Schistosoma* tem como principais agentes etiológicos o *Schistosoma Mansoni*, *Schistosoma haematobium*, *Schistosoma Japonicum*, sendo de maior relevância para o Brasil o *Schistoma Mansoni*.

A esquistossomose é uma das parasitoses humanas mais difundidas no mundo, sua ocorrência tem relação com a ausência ou precariedade de saneamento básico (PASSOS et al, 1998).

Pode-se encontrar várias designações para esta patologia, como: “xistosa”, “doença dos caramujos”, “barriga d’água” e doença de Manson-Pirajá da Silva. A esquistossomose tem como hospedeiro intermediário o caramujo de água doce e o homem como hospedeiro definitivo. É doença de veiculação hídrica, cuja transmissão ocorre quando o indivíduo susceptível entra em contato com águas superficiais onde existem caramujos liberando cercarias.

No Brasil, estima-se que a esquistossomose pode estar comprometendo até 6 milhões de pessoas. Segundo a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a doença é endêmica e focal desde o Maranhão até Minas Gerais. Em Pernambuco, a esquistossomose é endêmica na Zona da Mata e alguns municípios do Agreste o que resulta num índice de 15% da população infectada. A zona da mata é uma área de importância significativa para a manutenção de prevalência da doença no estado. Tem-se observado no litoral do estado, casos frequentes da doença, mesmo diante de todos os esforços do governo para controle de sua expansão através do programa de controle, o que se observa é o aumento da distribuição espacial dos casos de esquistossomose com estabelecimento de novos focos ativos, principalmente nas áreas urbanas (BARBOSA; SILVA, 1992).

A partir de 1975 são implementadas no Brasil medidas de controle da esquistossomose através da criação do Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE). Essas medidas foram de forte impacto na redução da ocorrência de casos graves da doença e do número de óbitos. Já na década de 80, o

PECE passa a ser denominado de Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) e torna-se um programa de rotina do Ministério da Saúde (MS), o qual passou a ser informatizado em 1995 com criação do Sistema de Informações Sobre o Programa de Controle de Esquistossomose (SISPCE).

É através deste programa que podemos implantar ações para combater ou minimizar a proliferação desta doença que atinge milhões de pessoas, principalmente a população de baixa renda que moram em área ribeirinhas.

No contexto histórico, na década de 80, o Brasil vivencia a queda da ditadura militar e o processo de redemocratização do país. É nessa conjuntura política, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que a saúde torna-se um direito social de todo cidadão e é criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre as diretrizes do SUS está a descentralização dos serviços e ações de saúde para estados e municípios. Sendo assim, as ações de controle da esquistossomose passam a ser executadas pelos governos estaduais e municipais. Em Pernambuco, a descentralização dessas ações ocorreu entre 1999 e 2000.

Mesmo que o efetivo controle da esquistossomose requeira a realização de atividades como: medidas de saneamento ambiental, controle de planorbídeos, tratamentos dos infectados, educação em saúde, vigilância epidemiológica. O Ministério da Saúde (MS) pactua em Pernambuco a realização de inquéritos censitários com tratamentos dos doentes e a alimentação anual do Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE).

Na II Regional de Saúde os trabalhos do PCE foram iniciados no ano de 1996 e registrados através de boletim. Eram realizados coproscopia, tratamento e malacologia pelos agentes de endemias da FUNASA, nos 31 municípios desta regional. A partir de 2000 iniciou-se o trabalho de informação pelo SISPCE, mas apenas realizando a coproscopia, pois o tratamento passou a ser responsabilidade dos municípios, cumprindo o processo de descentralização do controle das endemias (PERNAMBUCO, 2007).

Considerando a situação problemática da esquistossomose na II Regional de Saúde a qual possui 26 municípios endêmicos, dos quais 13 municípios são de alta prevalência. Considerando a inexistência de um trabalho avaliativo realizado na II

Regional de Saúde para mensurar as ações e atividades do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) nesta Regional, no período compreendido entre 2005 e 2009, este trabalho foi realizado para preencher estas lacunas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Antecedentes Históricos da Esquistossomose

A esquistossomose é uma das parasitoses humanas mais difundidas no mundo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocupa o segundo lugar perdendo apenas para a malária. Sua ocorrência está relacionada à ausência ou precariedade de saneamento básico. (PASSOS et al., 1998)

As esquistossomoses tiveram a sua origem nas bacias do rio Nilo, na África, e o Yangtze, na Ásia. Dessas localidades as esquistossomoses mansônica, hematóbica e japônica foram espalhadas para outros continentes, à medida que os meios de transportes se desenvolviam e com isso a permissão de grandes fluxos migratórios para outros continentes (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

Nas Américas o tráfico dos escravos é considerado como o fator principal pela disseminação da doença. No Brasil a porta de entrada foram os portos de Salvador e Recife onde os escravos vindo da Costa Ocidental desembarcavam no país, a fim de trabalharem nas lavouras de cana de açúcar (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998). A partir daí, a doença se expandiu pelos demais estados nordestinos, formando uma extensa área de transmissão entre o Rio Grande do Norte e a Bahia, alcançando parte do Estado de Minas Gerais (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

No Brasil, a Esquistossomose atinge cerca de aproximadamente 6 milhões de pessoas infectadas. Em Pernambuco, 15% da população apresenta-se infectada pela doença que é endêmica na Zona da Mata e Agreste, estando distribuída em 72 dos 185 municípios do estado (39%) (KATZ, 2000).

Segundo Teixeira (1990), as ações de controle da esquistossomose começam a ser implantadas no Brasil a partir de 1975 com a criação do Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE) pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM).

A implementação de medidas de controle da esquistossomose no Brasil na década de 70, teve forte impacto em relação a prevalência da doença nas áreas endêmicas e sobre a intensidade das infecções humanas. Como consequência dessas medidas, a ocorrência de casos graves e de óbitos relacionados a doença diminuem de forma notória (PASSOS et al., 1998).

Segundo Barbosa (1992), em 1980 o PECE passa a ser chamado de Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) e muda suas características de programa especial para programa de rotina do Ministério da Saúde.

Na década de 90 as ações do PCE são descentralizadas para estados e municípios e faz-se necessário a normatização e implementação dessas ações para serem realizadas pelos municípios. Em Pernambuco, os municípios endêmicos para esquistossomose começam a realizar atividades de controle da doença desde 1999 e 2000 (QUININO et al., 2009).

2.2 Características Clínicas

A esquistossomose Mansônica é uma doença de evolução crônica, de gravidade variada, causada por um verme trematódeo – *Schistosoma Mansoni* que, no homem, habita os vasos sanguíneos de fígado e intestino (BRASIL, 2005).

Os sintomas clínicos têm correlação com as fases do desenvolvimento do parasita no organismo humano (BRASIL, 2005). Muitas das pessoas infetadas podem permanecer assintomáticas de acordo com a intensidade da infecção.

Na fase aguda pode ser encontrada uma dermatite cercariana de intenso prurido local que corresponde à fase de penetração da cercaria na pele. Cerca de 1 a 2 meses após, pode haver o aparecimento de sintomas inespecíficos como febre, cefaléia, anorexia, náusea, astenia, mialgia, tosse e diarreia. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

A fase crônica da doença inicia-se a partir de 6 meses após infecção, podendo durar vários anos. Dependendo do comprometimento dos órgãos acometidos, a doença

pode atingir graus extremos de severidade. Desses órgãos, o fígado é o mais acometido com frequência. As formas clínicas dependem da suscetibilidade do indivíduo e da intensidade da infestação. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

Na forma intestinal, a doença pode ser assintomática ou caracterizada por diarreias repetidas, muco sanguinolento com dor abdominal. Já na forma Hepatointestinal, caracteriza-se por diarreia, epigastralgia, hepatomegalia, além da sintomatologia intestinal.

As formas mais graves são: a Hepatoesplênica Compensada (tendo como características a sintomatologia intestinal, a hepatoesplenomegalia, a hipertensão portal com formação de varizes do esôfago com ou sem sangramento), e a Hepatoesplênica Descompensada (que apresenta a esplenomegalia, fígado volumoso ou contraído, devido à fibrose de *Symmers*, varizes de esôfago, hematêmase, anemia, desnutrição e hiperesplenismo) (BARBOSA, 2008). Nos casos em que ocorre a hipertensão portal, podem ocorrer hemorragias, ascite, edema e insuficiência hepática severa, a qual evolui quase sempre para o óbito.

Além dessas formas clínicas encontramos outras formas consideradas particulares, a Pulmonar e a Cardiopulmonar podendo chegar a ocasionar uma *cor pulmonale* crônica, insuficiência cardíaca, perturbações respiratórias severas. Ainda existe a forma ectópica grave que é a neuroesquistossomose, cujo diagnóstico e terapêutico precoce pode prevenir a evolução para quadros incapacitantes e óbitos.

O diagnóstico é realizado através do exame parasitológico de fezes, a técnica mais comumente empregada é a da sedimentação espontânea (Hoffman, Pons e Janer) é excelente método qualitativo de diagnóstico. Para a realização de inquéritos coproscópicos de rotina e investigações epidemiológicas, por ser um método quantitativo, é utilizado preferencialmente método kato-katz. Outros exames também podem ser realizados para visualização dos ovos do *Schistosoma Mansoni* como: biópsia retal, biópsia hepática, eclosão de miracídios, além do método imunológico para Pesquisa de Antígeno Circulante por Elisa de Captura e outros métodos indiretos como: intradermoreação, ultra-sonografia do abdômen, endoscopia digestiva alta, radiografia do tórax e esplenoportografia transparietal.

O tratamento pode ser realizado pelos seguintes medicamentos: oxamaniquine e praziquantel, em dose única, via oral. Essas drogas são consideradas de eleição para o tratamento da esquistossomose em todas as formas clínicas, respeitando os casos de contra indicação formal.

2.3 Epidemiologia da doença

É uma endemia mundial, ocorrendo em 52 países e territórios, principalmente no Caribe, África, América do Sul e Leste do Mediterrâneo. No Brasil, a transmissão atinge 19 estados, numa faixa ao longo do litoral, de forma endêmica e focal do Maranhão até Minas Gerais (BARBOSA, 2008).

Sendo a esquistossomose uma doença de veiculação hídrica, o ambiente apropriado para o desenvolvimento da doença está associado às condições socioeconômicas e sanitárias da área, seja ela urbana ou rural. Frequentemente nessas regiões não se encontra sistema de coleta de lixo e de saneamento ambiental e, praticamente inexistem fossas sépticas ou qualquer outro recurso técnico, com esse fim. Também é visto um abastecimento ineficaz de água, sendo para os indivíduos destas áreas os riachos e açudes suas únicas fontes de água para todos os fins (BARBOSA, 2008).

Segundo Barbosa (2001) o êxodo da população rural para os grandes centros urbanos tem sido apontado como um dos fatores responsáveis pela expansão da esquistossomose. Em decorrência dos grandes aglomerados urbanos, com moradias sem a menor condição de salubridade e associadas às precárias condições de vida, são encontrados focos peridomiciliares e intradomiciliares.

Atualmente, as prevalências mais elevadas dessa doença são encontradas nos estados de Alagoas, Pernambuco, Sergipe, Minas Gerais, Bahia, Paraíba e Espírito Santo (BRASIL, 2005).

As áreas esquistossomóticas são classificadas de acordo com o risco de transmissão da seguinte maneira: na Área 1 (endêmica) prevalecem as localidades de

contínua transmissão onde a esquistossomose está estabelecida; a Área 2 (focal) é composta de localidades circunscritas de transmissão dentro de uma região até então indene; e na Área 3 (indene) com presença de caramujos, podendo haver modificações no ambiente tornando localidades prováveis de transmissão (BRASIL, 1998).

2.3.1 Vigilância Epidemiológica

O objetivo da Vigilância Epidemiológica é a detecção precoce, a fim de evitar a ocorrência de formas graves e óbitos reduzindo a prevalência da infecção e impedir a expansão geográfica da endemia.

É uma doença de notificação compulsória em áreas não endêmicas segundo a portaria nº. 5 de 21/02/2006, mas que tem algumas particularidades. Nas áreas indenes como nas áreas com focos isolados, todo foco de esquistossomose deve ser notificado. Já nas áreas endêmicas, somente as formas graves da esquistossomose devem ser notificada (BRASIL, 2005).

Os casos podem ser definidos em:

- Suspeito: indivíduo residente e/ou procedente de área endêmica, com quadro clínico sugestivo das formas agudas, crônicas, ectópicas ou assintomáticas com história de contato com águas onde existe o caramujo eliminando cercárias.
- Confirmado: Indivíduo residente e/ou procedente de área endêmica, com quadro clínico compatível, exposição de águas, caso suspeito que apresente ovos viáveis de *Schistosoma Mansoni* nas fezes ou comprovação de biópsia retal ou hepática.
- Descartado: caso suspeito ou notificado sem confirmação laboratorial.

2.4 O Programa de Controle da Esquistossomose

Até a década de 70, o combate à esquistossomose tinha como objetivo principal o controle da transmissão. A partir dos anos 80, depois do advento de drogas quimioterápicas mais eficazes, seguras e baratas, e menos tóxicas o principal objetivo passou a ser o controle da morbidade, com ênfase no tratamento quimioterápico. Atualmente, a estratégia proposta é a de conjugar o controle quimioterápico com medidas preventivas, como a educação em saúde e o saneamento (BRASIL, 2008).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi realizada a descentralização das ações de esquistossomose para os municípios, sendo necessária a normatização e implementação das atividades a serem realizadas no âmbito municipal, destacando a delimitação epidemiológica das áreas endêmicas, o inquérito coproscópico censitário, o tratamento dos infectados, o controle do planorbídio, as medidas de saneamento ambiental, a educação em saúde e a alimentação regular do sistema de informação do controle da esquistossomose (SISPCE) (BRASIL, 2004; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998; BRASIL, 2006; QUININO, 2009).

Apesar do PCE requerer todas atividades já mencionadas acima para sua eficácia, o Ministério da Saúde pactua apenas algumas para o estado de Pernambuco como a realização de inquérito coproscópico censitário, tratamento dos doentes e a alimentação anual dos SISPEC (QUININO, 2009; BRASIL, 2004; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998; BRASIL, 2006).

- Delimitação da área endêmica – nesta atividade são recolhidas informações como morbidade, dados geográficos, distribuição da população humana, hospedeiros intermediários, entre outros que auxiliem o mapeamento da distribuição da doença na localidade. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998). Esta atividade é de responsabilidade do município desde a descentralização das ações do PCE.
- Inquérito coproscópico

Na rotina do programa essa etapa tem como finalidade acompanhar a evolução da doença nos municípios e localidades trabalhados, bem como identificar aquelas pessoas que devem ser tratadas. Também é importante na avaliação de impacto das ações de

controle da endemia. Ele é realizado no Brasil através da técnica quantitativa Kato-Katz que permite estimar a quantidade de ovos por indivíduo.

O inquérito coproscópico em localidades endêmicas deve ser repetido a cada dois anos após o levantamento inicial. Os passos subsequentes vão depender de inquérito coproscópico bem sucedido, que cubram 80% da população local. A partir daí o município pode ser classificado como endêmico ou indene, onde alterará as atividades de controle (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998; BRASIL, 2005).

- Quimioterapia – tratamento dos doentes

Os indivíduos positivos devem ser todos tratados. O ministério da Saúde recomenda uma cobertura de tratamento >80%. Em Pernambuco é pactuado uma cobertura acima de 90%, através da PAVS. O tratamento em massa já não é utilizado desde 1989, sendo substituído pelo tratamento seletivo, que encontra respaldo marcante na redução da positividade da esquistossomose na localidade trabalhada (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998). Vale salientar que o programa de vigilância e controle da esquistossomose deve ser realizado em parceria com as equipes da saúde da família do município, a fim de possibilitar um maior impacto nos níveis epidêmicos (BRASIL, 2008).

- Controle dos planorbídeos

É realizado através de três modalidades: químico, uso de moluscicida nos criadouros; físico, ações capazes de impedir o desenvolvimento e a manutenção das populações de moluscos; e biológico, introdução de organismos predadores. Até a década de 80, o MS recomendava o método químico para o controle de planorbídeos onde a prevalência fosse igual ou maior que 25% ou quando obras de engenharia sanitária não fossem viáveis. Atualmente, o mais indicado é o manejo ambiental, pela alta toxicidade do moluscicida e alto custo (BRASIL, 2008).

Medidas de saneamento ambiental

Deve ser aplicado em todas as localidades com o objetivo de reduzir a proliferação dos hospedeiros intermediários e contaminação do homem. Pequenas obras de engenharia sanitária como, aterro, drenagem e a retificação de criadouros de caramujo podem, em muitos casos, representar a solução definitiva para a endemia em determinada localidade (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

- Educação em saúde

O uso da educação em saúde e comunicação é cada vez mais indispensável para prevenção e controle da esquistossomose. A mobilização de gestores, técnico e população usuária são imprescindíveis para alcançar êxito no controle da esquistossomose. O controle de doenças endêmicas, como esquistossomose, deve ser objetivo do gestor que visa superar o paradigma curativista, ainda imperativo no sistema de saúde brasileiro (BARBOSA et al., 2008).

- Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE)

Criado em 1996, o sistema de informação do programa de controle da esquistossomose (SISPCE) tem a finalidade de gerar um banco de dados através das informações coletadas das atividades desenvolvidas pelo PCE.

Dados gerados por esse sistema como: número de exames realizados, porcentagem de positivos, carga parasitária, número de pessoas a serem tratadas e que foram tratadas, entre outros são relevantes para construção de indicadores que visam monitorar a magnitude de endemias e fornecer elementos para o planejamento das ações de controle (BARBOSA et al., 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o Programa de Controle da Esquitossomose (PCE) nos municípios da II Regional de Saúde segundo as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde, no período de 2005 à 2009.

3.2 Objetivos Específicos

- Classificar os municípios por grupos de acordo com a positividade das localidades;
- Analisar a proporção dos exames realizados em relação aos pactuados;
- Analisar a proporção do tratamento em relação aos casos positivos;

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho de Estudo

Estudo do tipo avaliativo, descritivo.

4.2 População de estudo

Foi estudada toda a população contida no banco de dados no SISPCE da II Regional de Saúde.

4.3 Área do Estudo

Este estudo foi realizado na II Regional de Saúde (II GERES) – Limoeiro/PE.

A II GERES está localizada na área norte da Mesorregião da Mata Pernambucana e é formada por 31 municípios. Sua sede está localizada no município de Limoeiro. Segundo o IBGE, no senso de 2008, sua população é de 813.032 habitantes com uma extensão territorial de 5.241 Km².

Os municípios que compõe essa Regional têm como principal fator econômico a produção da cana-de-açúcar, um setor agroindustrial representado pelas usinas e destilarias e um setor comercial que mantém certa dependência com a oscilação da safra canavieira. Devido às constantes crises do setor sucroalcooleiro houve uma diversificação do perfil produtivo da região, foram incluídas outras atividades agrárias como: avicultura, produção de bananas, inhame, plantas frutíferas, além da pesca, comércio varejista e indústrias.

Os municípios, desta região, também possuem potencial turístico, decorrente da grande quantidade de atrativos naturais e históricos, compostos por antigos engenhos, capelas e igrejas, e pela diversidade de manifestações folclóricas, culturais e artesanato.

Cumpre salientar, mesmo diante do grande potencial econômico que desfruta esta região, a Mata Norte possui grande carência nas condições de vida de sua população. Com destaque nas áreas de saneamento básico, saúde e nas questões relativas a empregabilidade, resultante da sazonalidade da sua principal atividade econômica.

a) Limites:

Norte - Estado da Paraíba

Sul – I e IV Regional de Saúde

Leste - Oceano Atlântico e I Regional de Saúde

Oeste – IV Regional de Saúde

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da Região é de 0,650, de acordo com a divisão territorial da Secretária de Planejamento e Gestão (SEPLAG), é inferior ao de Pernambuco, cujo o índice é de 0,705. Destaque que IDH mais alto, dentre os municípios que englobam a II Geres, é o do Município de Carpina, que é 0,724 e mais baixo é o do Município de Itambé que é 0,357.

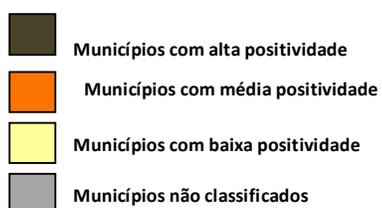
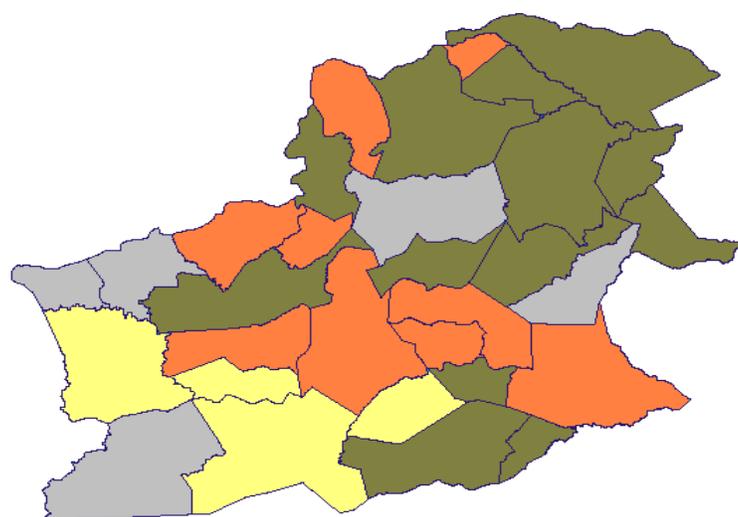
Tabela 1 – Distribuição dos municípios da II Gerês de acordo com a prevalência da esquistossomose e bacia hidrográfica.

N.º de Ordem	Municípios área endêmica Alta Prevalência	Ano da Última Prevalência	Prevalência	Bacia Hidrográfica
1	Aliança	1998/1999	21,10%	Goiana
2	Bom Jardim	1992/1993	17,70%	Capibaribe
3	Buenos Aires	01/1997	21,00%	Goiana
4	Chã de Alegria	05/1999	19,70%	Capibaribe
5	Condado	1997	13,00%	Goiana
6	Ferreiros	1994	21,80%	Goiana
7	Glória do Goitá	1993	18,50%	Capibaribe
8	Itambé	1998	11,50%	Goiana
9	Itaquitinga	1997	24,30%	Goiana
10	Lagoa do Itaenga	1995	9,40%	Capibaribe
11	Nazaré da Mata	2000	22,40%	Goiana
12	São Vicente Férrer	07/1994	14,00%	Capibaribe
13	Timbaúba	11/1998	24,30%	Goiana

N.º de Ordem	Municípios área endêmica Média Prevalência	Ano da Última Prevalência	Prevalência	Bacia Hidrográfica
1	Camutanga	10/1997	10,20%	Goiana
2	Carpina	12/1993	16,00%	Capibaribe
3	João Alfredo	1992/1993	13,70%	Capibaribe
4	Lagoa do Carro	03/1993	18,80%	Capibaribe
5	Limoeiro	06/1993	16,00%	Capibaribe
6	Macaparana	06/1994	19,30%	Goiana
7	Machados	1998/1999	21,30%	Goiana
8	Orobó	09/1992	12,80%	Goiana
9	Paudalho	1999/2000	16,60%	Capibaribe

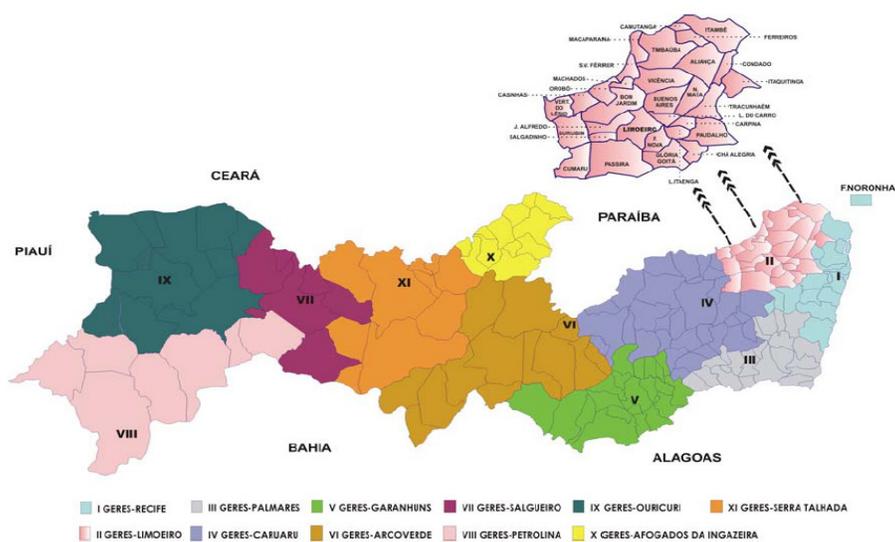
N.º de Ordem	Municípios área endêmica Baixa Prevalência	Ano da Última Prevalência	Prevalência	Bacia Hidrográfica
1	Feira Nova	10/1992	5,00%	Capibaribe
2	Passira	09/1992	3,50%	Capibaribe
3	Salgadinho	12/1992	2,70%	Capibaribe
4	Surubim	09/1983	2,20%	Capibaribe

Fonte: Promata - 2003



Mapa 1 - Distribuição espacial dos municípios da II GERES, quanto a estratificação, 2003.

Fonte: IBGE, 2000.



Mapa 2 – Distribuição espacial das Gerencias Regionais de Saúde – PE, 2007.

4.4 Período de Estudo

A coleta dos dados foi realizada em 2010 para uma análise dos anos de 2005 a 2009.

4.5 Coleta de dados

Os dados utilizados neste estudo foram do tipo secundário e provenientes do Sistema de Informações do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE) e pelo Programa das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS, cedidos oficialmente pela II Regional de Saúde.

4.6 Critérios de inclusão e de exclusão dos municípios

Foram incluídos neste estudo, todas os municípios da II Regional de Saúde, no período de 2005 a 2009.

4.7 Análises dos Dados

Será utilizada a positividade das localidades trabalhadas nos municípios da II GERES no período de 2005 a 2009, que serão categorizadas da seguinte forma:

Localidades com positividade <50%;

Localidades com positividade \geq 50% e <75%;

Localidades com positividade \geq 75%

Inicialmente foram selecionados todas as atividades de coproscopia e tratamentos realizados pelos municípios da II Regional de Saúde (II GERES) – Limoeiro, no período

de 2005 a 2009. O número de exames pactuados e realizados foi apresentado em tabelas através de distribuição de frequências proporcional dos exames realizados, agrupados por municípios de realização.

Foi analisada também a proporção de tratamentos dos casos positivos, essas análises foram feitas segundo município de realização dos exames.

O banco de dados foi estruturado com o uso do programa TABWIN (versão 3.4). Os softwares utilizados neste estudo foram: Word for Windows (versão XP 2003) como processador de textos e para elaboração de tabelas: o Microsoft Excel (versão XP 2003) na elaboração de gráficos, o TABWIN (versão 3.4) na realização das tabelas de frequência e extração dos dados provenientes do SISPCE.

4.8 Aspectos Éticos

O estudo foi realizado dentro dos padrões de ética científica. A pesquisa utilizou dados secundários, disponibilizado pela II Regional de Saúde – Limoeiro-PE, que autorizou a realização da pesquisa. Não houve, de forma alguma, a identificação dos indivíduos, não estando estes sujeitos a qualquer risco de exposição ou dano. Este projeto foi aprovado pelo CEP/CPqAM/FIOCRUZ com nº de CAAE: 0027.0.095.000-10 (Anexo A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram computados para o período de 2005 a 2009 na II GERES/PE, um total de 301.872 exames pactuados e 243.261 exames realizados, onde a análise de proporção revelou um percentual de 80,58%, de exames realizados (Figura1). De acordo com a PAVS - Programação das Ações de Vigilância em Saúde, 2005-2009 a meta aceitável é de 100%. Portanto, no período apenas 07 (22,6%) municípios conseguiram atingir a meta. (Tabela 2).

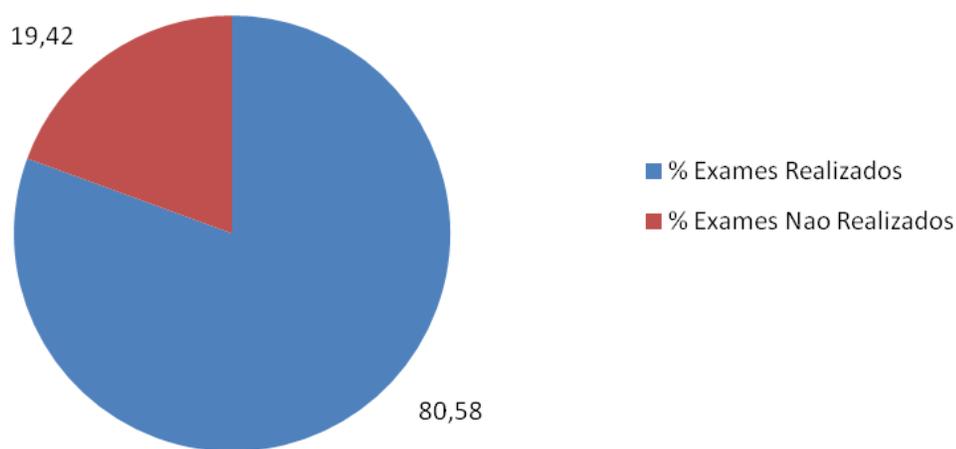


Figura 1- Distribuição % dos Exames Pactuados / Realizados - II GERES, 2005-2009

Tabela 2 – Número absoluto e Distribuição Proporcional de Exames Pactuados/Realizados, segundo município de realização – II GERES, 2005-2009

Municípios	2005			2006			2007			2008			2009			Total 2005 - 2009		
	Exames Pactuados	Exames Realizados	%	Exames Pactuados	Exames Realizados	%												
Aliança	2945	4266	144,9	3500	4453	127,2	4500	5543	123,2	4729	5289	111,8	4804	6353	132,24	20478	25904	126,50
Bom Jardim	4042	1913	47,3	4042	4028	99,7	5000	4988	99,8	3686	4035	109,5	4045	4050	100,12	20815	19014	91,35
Buenos Aires	1280	1097	85,7	2500	2419	96,8	2500	2062	82,5	1859	1272	68,4	2118	951	44,90	10257	7801	76,06
Camutanga	816	224	27,5	816	556	68,1	1500	1470	98,0	474	350	73,8	751	231	30,76	4357	2831	64,98
Carpina	2551	0	0,0	5000	0	0,0	5000	0	0,0	2223	1831	82,4	1823	2030	111,35	16597	3861	23,26
Casinhas	Não pactuado			269	275	102,23	269	275	102,23									
Chã de Alegria	1189	1432	120,4	1189	1426	119,9	2500	2854	114,2	0	2533	100,0	1905	2061	108,19	6783	10306	151,94
Condado	1193	1423	119,3	2500	2533	101,3	3000	3013	100,4	2323	2348	101,1	2323	2961	127,46	11339	12278	108,28
Cumaru	2096	0	0,0	2096	0	0,0	2500	0	0,0	Não pactuado			947	902	95,25	7639	902	11,81
Feira Nova	1100	0	0,0	1100	0	0,0	2000	1528	76,4	509	964	189,4	1544	1112	72,02	6253	3604	57,64
Ferreiros	920	0	0,0	1500	443	29,5	1500	147	9,8	151	541	358,3	548	233	42,52	4619	1364	29,53
Glória do Goitá	3155	3101	98,3	4000	4099	102,5	4000	4241	106,0	3810	1284	33,7	3815	1728	45,29	18780	14453	76,96
Itambé	2063	910	44,1	3000	2148	71,6	3000	3502	116,7	2142	1524	71,1	2205	1118	50,70	12410	9202	74,15
Itaquitinga	1447	0	0,0	2000	1145	57,3	2000	0	0,0	0	1484	100,0	1147	1101	95,99	6594	3730	56,57
João Alfredo	2264	0	0,0	2264	0	0,0	3500	359	10,3	120	510	425,0	359	388	108,08	8507	1257	14,78
Lagoa do Carro	613	825	134,6	1000	1038	103,8	1500	1519	101,3	1130	1232	109,0	1188	1294	108,92	5431	5908	108,78
Lagoa do Itaenga	947	534	56,4	1500	769	51,3	1500	1002	66,8	779	916	117,6	812	819	100,86	5538	4040	72,95
Limoeiro	2000	1968	98,4	2749	2933	106,7	5000	3464	69,3	2836	2066	72,8	3072	3340	108,72	15657	13771	87,95
Macaparana	1500	3144	209,6	1500	2036	135,7	2000	2253	112,7	2478	1940	78,3	2478	2341	94,47	9956	11714	117,66
Machados	1816	8	0,4	1816	1261	69,4	2500	1963	78,5	1077	1545	143,5	1077	1090	101,21	8286	5867	70,81
Nazaré da Mata	1296	188	14,5	2500	734	29,4	2500	1787	71,5	903	1838	203,5	903	2459	272,31	8102	7006	86,47
Orobó	2024	852	42,1	2024	2028	100,2	2500	2340	93,6	1740	1376	79,1	1921	1727	89,90	10209	8323	81,53
Passira	950	968	101,9	950	1033	108,7	1500	1684	112,3	1218	892	73,2	1222	1262	103,27	5840	5839	99,98
Paudalho	1649	2974	180,4	2500	3742	149,7	2500	5793	231,7	4143	1902	45,9	4143	2391	57,71	14935	16802	112,50
Salgadinho	880	1087	123,5	880	0	0,0	1500	0	0,0	516	0	0,0	516	486	94,19	4292	1573	36,65
São Vicente Ferrer	1199	458	38,2	1199	837	69,8	2500	219	8,8	497	259	52,1	497	601	120,93	5892	2374	40,29
Surubim	1350	3433	254,3	1350	1917	142,0	2000	2257	112,9	2542	1261	49,6	2863	1010	35,28	10105	9878	97,75
Timbaúba	3028	224	7,4	4000	2523	63,1	4000	4767	119,2	2485	2872	115,6	2504	4200	167,73	16017	14586	91,07
Tracunhaém	1140	1003	88,0	2500	2134	85,4	2500	2752	110,1	1963	2219	113,0	2036	603	29,62	10139	8711	85,92
Vertente do Lério	1100	0	0,0	Não pactuado			Não pactuado			Não pactuado			137	0	0,00	1237	0	0,00
Vicência	2703	2514	93,0	3500	2166	61,9	3500	2573	73,5	2418	1408	58,2	2418	1426	58,97	14539	10087	69,38
Total	51256	34546	67,4	65475	48401	73,9	80000	64080	80,1	48751	45691	93,7	56390	50543	89,63	301872	243261	80,58

A análise da serie histórica revela que aparentemente não existe um padrão bem definido no percentual de exames realizados na II GERES, o que se observa é um acréscimo regular no período considerado com uma queda no ano de 2009, (Figura 2). Essa queda (2009) pode ser explicada pelo fato de que 15 (48,4%) municípios ficaram com cobertura menor que 100% e 01 município não realizou exame. (Tabela 2).

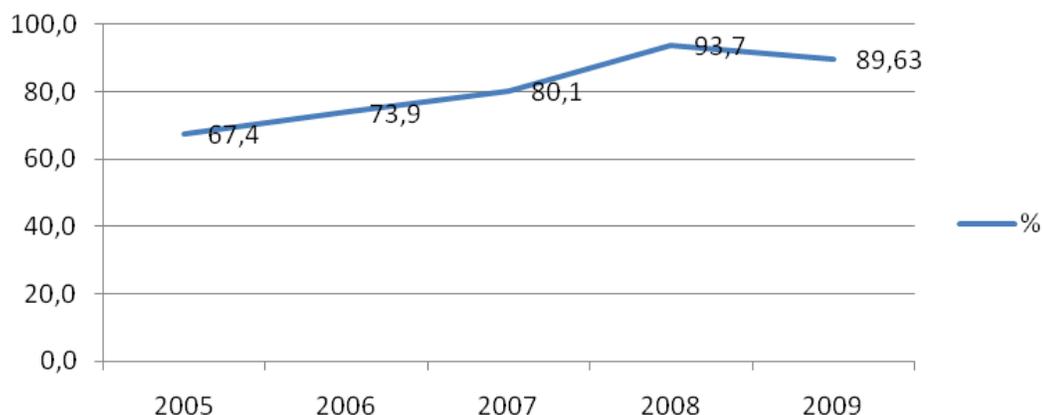


Figura 2 – Tendência do percentual de exames coprocópicos realizados na II GERES, 2005-2009

Analisando-se a distribuição percentual de tratamento realizados na II GERES, 2005-2009, observa-se que mantém um padrão de 70,0%, durante o período (Figura 3), o que difere da PAVS-2009, que recomenda com meta aceitável realização de tratamento acima de 90,0%, enquanto o Ministério da Saúde recomenda acima de 80%. Se observarmos os municípios no período 2005-2009, apenas 02 (6,5%) municípios atingiram a meta de tratamento (Tabela 3), dos quais 0,0% fazem parte dos municípios considerados de alta prevalência.

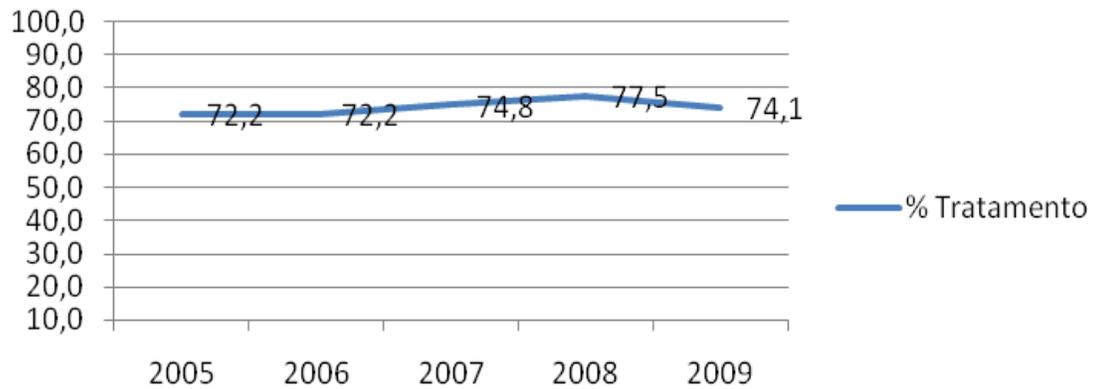


Figura 3 – Tendência do Percentual de Tratamento dos casos positivos, II GERES 2005-2009

Tabela 3 - Número absoluto de Resultados Positivos/ Tratados e Distribuição Proporcional, segundo município de realização – II GERES, 2005-2009

Municípios	2005			2006			2007			2008			2009			Total 2005 - 2009		
	Positivos	Tratados	%	Positivos	Tratados	%												
Aliança	859	526	61,2	1140	774	67,9	1088	794	73,0	1159	891	76,9	878	677	77,1	5124	3662	71,5
Bom Jardim	218	199	91,3	425	284	66,8	382	178	46,6	250	77	30,8	255	102	40,0	1530	840	54,9
Buenos Aires	99	17	17,2	288	179	62,2	212	118	55,7	109	2	1,8	54	0	0,0	762	316	41,5
Camutanga	12	0	0,0	11	4	36,4	6	2	33,3	1	0	0,0	13	13	100,0	43	19	44,2
Carpina	Não realizado			Não realizado			Não realizado			174	159	91,4	65	56	86,2	239	215	90,0
Casinhas	Não pactuado			0	0	0,00	0	0	0,0									
Chã de Alegria	231	74	32,0	159	103	64,8	406	370	91,1	288	282	97,9	197	130	66,0	1281	959	74,9
Condado	120	51	42,5	219	209	95,4	183	180	98,4	79	79	100,0	89	87	97,8	690	606	87,8
Cumaru	Não realizado			Não realizado			Não realizado			Não pactuado			12	12	100,0	12	12	100,0
Feira Nova	Não realizado			Não realizado			55	43	78,2	32	25	78,1	12	4	33,3	99	72	72,7
Ferreiros	Não realizado			28	14	50,0	15	15	100,0	62	62	100,0	12	12	100,0	117	103	88,0
Glória do Goitá	269	244	90,7	370	284	76,8	524	425	81,1	91	38	41,8	101	79	78,2	1355	1070	79,0
Itambé	96	96	100,0	322	166	51,6	308	165	53,6	39	13	33,3	147	89	60,5	912	529	58,0
Itaquitinga	Não realizado			180	177	98,3	Não realizado			577	519	89,9	218	108	49,5	975	804	82,5
João Alfredo	Não realizado			Não realizado			50	49	98,0	509	509	100,0	36	22	61,1	595	580	97,5
Lagoa do Carro	53	48	90,6	101	96	95,0	149	144	96,6	107	96	89,7	91	78	85,7	501	462	92,2
Lagoa do Itaenga	34	4	11,8	52	33	63,5	48	48	100,0	61	61	100,0	26	26	100,0	221	172	77,8
Limoeiro	3	3	100,0	83	82	98,8	116	115	99,1	124	124	100,0	151	151	100,0	477	475	99,6
Macaparana	250	222	88,8	74	68	91,9	139	130	93,5	40	40	100,0	43	39	90,7	546	499	91,4
Machados	0	0	0,0	97	97	100,0	250	250	100,0	269	269	100,0	92	92	100,0	708	708	100,0
Nazaré da Mata	38	0	0,0	95	77	81,1	362	340	93,9	268	202	75,4	226	199	88,1	989	818	82,7
Orobó	110	10	9,1	202	202	100,0	44	44	100,0	9	9	100,0	1	1	100,0	366	266	72,7
Passira	44	43	97,7	55	55	100,0	78	78	100,0	27	22	81,5	29	29	100,0	233	227	97,4
Paudalho	627	516	82,3	333	209	62,8	551	232	42,1	127	23	18,1	127	42	33,1	1765	1022	57,9
Salgadinho	48	18	37,5	Não realizado			Não realizado			Não realizado			9	9	100,0	57	27	47,4
São Vicente Ferrer	83	71	85,5	143	137	95,8	6	1	16,7	35	24	68,6	125	108	86,4	392	341	87,0
Surubim	83	59	71,1	28	28	100,0	34	19	55,9	18	12	66,7	0	0	0,0	163	118	72,4
Timbaúba	30	5	16,7	374	215	57,5	683	544	79,6	205	190	92,7	419	350	83,5	1711	1304	76,2
Tracunhaém	310	303	97,7	323	290	89,8	221	78	35,3	114	48	42,1	83	70	84,3	1051	789	75,1
Vertente do Lério	Não realizado			Não pactuado			Não pactuado			Não pactuado			Não realizado			Não realizado		
Vicência	824	697	84,6	350	155	44,3	514	445	86,6	270	132	48,9	65	65	100,0	2023	1494	73,9
Total	4441	3206	72,2	5452	3938	72,2	6424	4807	74,8	5044	3908	77,5	3576	2650	74,1	24937	18509	74,2

Em relação aos não tratados no período, observamos que 6.437 pessoas (25,8%) não realizaram tratamento, destes 1030 (16,0%) teve como motivo do não tratamento contra indicação, 77 (1,2%) recusa e 5.330 (82,8%) ausência (Tabela 4).

Tabela 4 – Número absoluto de exames positivos Não Tratados e Distribuição Proporcional, segundo motivo de não tratamento – II GERES, 2005-2009

2005 - 2009								
Municípios	TOTAL NÃO TRATADO	%	CONTRA INDICAÇÃO	%	RECUSA	%	AUSÊNCIA	%
260070 Aliança	1462	28,5	225	15,4	26	1,8	1211	82,8
260220 Bom Jardim	690	45,1	13	1,9	4	0,6	673	97,5
260270 Buenos Aires	446	58,5	4	0,9	1	0,2	441	98,9
260360 Camutanga	24	55,8	24	100,0	0	0,0	0	0,0
260400 Carpina	24	10,0	1	4,2	0	0,0	23	95,8
260415 Casinhas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
260440 Chã de Alegria	322	25,1	133	41,3	2	0,6	187	58,1
260460 Condado	84	12,2	79	94,0	3	3,6	2	2,4
260490 Cumaru	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
260540 Feira Nova	27	27,3	2	7,4	0	0,0	25	92,6
260550 Ferreiros	14	12,0	14	100,0	0	0,0	0	0,0
260610 Glória do Goitá	285	21,0	7	2,5	1	0,4	277	97,2
260765 Itambé	383	42,0	13	3,4	12	3,1	358	93,5
260780 Itaquitinga	171	17,5	2	1,2	1	0,6	168	98,2
260810 João Alfredo	15	2,5	0	0,0	0	0,0	15	100,0
260845 Lagoa do Carro	39	7,8	13	33,3	1	2,6	25	64,1
260850 Lagoa do Itaenga	51	23,1	51	100,0	0	0,0	0	0,0
260890 Limoeiro	2	0,4	2	100,0	0	0,0	0	0,0
260900 Macaparana	47	8,6	8	17,0	1	2,1	38	80,9
260910 Machados	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
260950 Nazaré da Mata	171	17,3	0	0,0	0	0,0	171	100,0
260970 Orobó	100	27,3	2	2,0	0	0,0	98	98,0
261050 Passira	6	2,6	5	83,3	0	0,0	1	16,7
261060 Paudalho	743	42,1	383	51,5	12	1,6	348	46,8
261210 Salgadinho	30	52,6	0	0,0	0	0,0	30	100,0
261380 São Vicente Ferrer	51	13,0	4	7,8	0	0,0	47	92,2
261450 Surubim	45	27,6	1	2,2	0	0,0	44	97,8
261530 Timbaúba	407	23,8	10	2,5	8	2,0	389	95,6
261550 Tracunhaém	269	25,6	3	1,1	0	0,0	266	98,9
261618 Vertente do Lério	Não realizado							
261630 Vicência	529	26,1	31	5,9	5	0,9	493	93,2
Total	6437	25,8	1030	16,0	77	1,2	5330	82,8

Casos não tratados com motivo de contra indicação vêm decrescendo ao longo da série e casos considerados ausentes vêm crescendo significativamente, (Figura 4), o que poderia ser avaliado junto ao Programa Municipal / Sistema de Informação - SISPCE, esta ausência, uma vez que o tratamento é gratuito e tem as Equipes de Saúde da Família inseridas no Programa de Controle da Esquistossomose, realizando busca ativa.

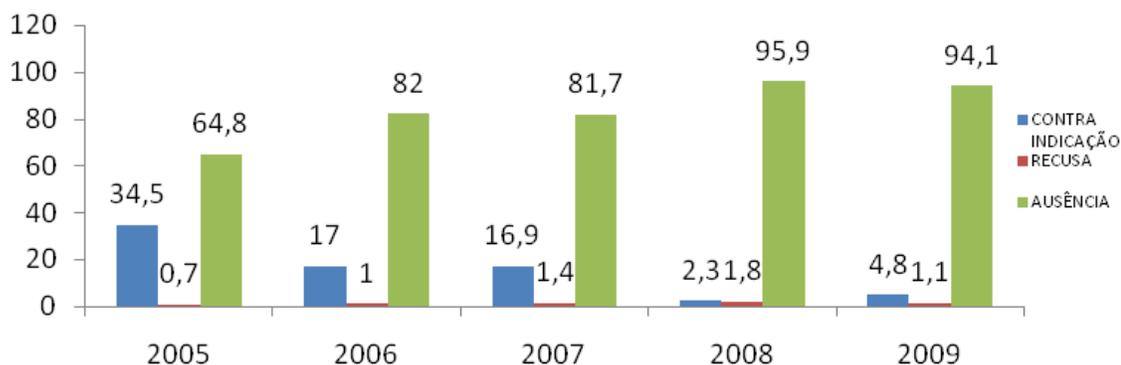


Figura 4 – Tendência do Percentual de motivo de não tratamento dos casos positivos, II GERES 2005-2009

Quanto a Tabela 5, vemos que das 2.239 localidades existentes, apenas 688 (30,7%) foram trabalhadas e que destas 551 (80,1%) foram positivas.

5.1 Resultado encontrado quanto à positividade nas localidades dos municípios da II GERES, no período 2005–2009.

Localidades com positividade <50%	-	02 Municípios
Localidades com positividade \geq 50% e <75%	-	07 Municípios
Localidades com positividade \geq 75%	-	21 Municípios

Das 2.239 localidades existentes nos 31 municípios da II GERES, apenas 688 (30,7%) foram trabalhadas e destas 551 (80,1%) foram positivas, o que é um alerta, já que trabalhamos com menos do que a metade das localidades existentes e obtivemos positividade acima de 80%, observamos ainda que 21 (68,0%) municípios apresentaram localidades com positividade \geq 75%, tendo sido observado que 01 (3,23%) município não realizou atividades no período estudado.

Tabela 5 – Distribuição percentual (%) por municípios de acordo com sua prevalência – II GERES, 2005 -2009

Municípios	Localidades existentes	Localidades trabalhadas	% Localidades trabalhadas	Localidades positivas	% localidades positivas	Localidades c/prev <5%	%	Localidades c/prev >=5% e < 25%	%	Localidades c/prev >25% e < 50%	%	Localidades c/prev >=50%	%
Alianca	136	86	63,2	70	81,4	1	1,4	40	57,1	17	24,3	12	17,1
Bom Jardim	130	51	39,2	36	70,6	16	44,4	18	50,0	2	5,6	0	0,0
Buenos Aires	59	3	5,1	2	66,7	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Camutanga	9	5	55,6	4	80,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Carpina	100	15	15,0	8	53,3	2	25,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0
Casinhas	41	3	7,3	neg	neg	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cha de Alegria	22	22	100,0	20	90,9	3	15,0	16	80,0	1	5,0	0	0,0
Condado	31	5	16,1	5	100,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0
Cumaru	79	5	6,3	2	40,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Feira Nova	35	16	45,7	14	87,5	12	85,7	2	14,3	0	0,0	0	0,0
Ferreiros	26	1	3,8	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Gloria do Goita	100	46	46,0	39	84,8	5	12,8	31	79,5	2	5,1	1	2,6
Itambe	66	11	16,7	11	100,0	0	0,0	10	90,9	1	9,1	0	0,0
Itaquitinga	36	10	27,8	8	80,0	0	0,0	6	75,0	1	12,5	1	12,5
Joao Alfredo	93	16	17,2	12	75,0	0	0,0	4	33,3	0	0,0	8	66,7
Lagoa do Carro	41	31	75,6	26	83,9	4	15,4	20	76,9	0	0,0	2	7,7
Lagoa do Itaenga	35	11	31,4	10	90,9	4	40,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0
Limoeiro	107	31	29,0	21	67,7	13	61,9	6	28,6	2	9,5	0	0,0
Macaparana	88	17	19,3	15	88,2	10	66,7	5	33,3	0	0,0	0	0,0
Machados	37	17	45,9	17	100,0	0	0,0	15	88,2	2	11,8	0	0,0
Nazare da Mata	78	33	42,3	31	93,9	0	0,0	24	77,4	7	22,6	0	0,0
Orobo	96	42	43,8	25	59,5	12	48,0	13	52,0	0	0,0	0	0,0
Passirra	68	32	47,1	25	78,1	14	56,0	8	32,0	0	0,0	3	12,0
Paudalho	88	25	28,4	24	96,0	0	0,0	21	87,5	3	12,5	0	0,0
Salgadinho	21	6	28,6	4	66,7	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sao Vicente Ferrer	87	2	2,3	2	100,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0
Surubim	157	48	30,6	25	52,1	23	92,0	2	8,0	0	0,0	0	0,0
Timbauba	146	31	21,2	30	96,8	2	6,7	26	86,7	2	6,7	0	0,0
Tracunhaem	65	38	58,5	35	92,1	2	5,7	20	57,1	13	37,1	0	0,0
Vertente do Lerio	32							Localidades não trabalhadas no período					
Vicencia	130	29	22,3	29	100,0	0	0,0	12	41,4	10	34,5	7	24,1
Total II GERES	2239	688	30,7	551	80,1	135	24,5	318	57,7	63	11,4	35	6,4

6 CONCLUSÕES

O presente estudo concluiu que os municípios da II Regional de Saúde não estão desenvolvendo todas as atividades de rotina do PCE que são preconizadas pelo Ministério da Saúde como de sua responsabilidade.

Observamos no período 2005-2009, que há municípios que não realizam o número de exames pactuados através da PAVS/SES, (19,2%), dificultando o direcionamento das ações de controle da referida endemia.

Observamos que apenas 688 (30,7%) das localidades existentes foram trabalhadas e que destas 551(80,1)% foram positivas.

Embora o emprego da quimioterapia venha sendo apontado como um dos fatores responsáveis pela redução das formas graves, a II Regional de Saúde vem apresentando um índice de não tratamento dos casos positivos de 25,8% (onde o motivo do não tratamento fica com apenas 1,2% de recusa, 16% com contra-indicação e ausência se destaca com 82,8% dos não tratados.).

Os resultados do estudo mostraram a falha dos municípios da II Regional de Saúde em relação ao cumprimento das normas recomendadas pelo Ministério da Saúde para as atividades de rotina de controle da esquistossomose uma vez que a realização dos exames coproscópicos é a principal medida que permite a detecção precoce e a indicação de medidas de controle oportunas, suas baixas coberturas de exames realizados e tratamento de positivos, podem ser citados como fatores que contribuem para a expansão da endemia nos municípios da II Regional de Saúde.

7 RECOMENDAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados neste trabalho demonstram a necessidade de uma reflexão mais aprofundada sobre os fatores que podem intervir nos valores dos indicadores: exames pactuados/ realizados, tratamento dos casos positivos e um olhar diferenciado aos municípios considerados de alta prevalência, embora os municípios que não estejam na classificação quanto a sua prevalência, observou-se a necessidade de manter o programa implantado e a vigilância epidemiológica de alerta, uma vez que encontramos municípios com localidades >50% de prevalência o que é preocupante, como também nos municípios considerados de baixa e média prevalência.

A cerca da prevalência da esquistossomose na II Regional de Saúde, deixa claro a necessidade de um novo inquérito Regional/Estadual de prevalência, onde as amostras sejam representativas das populações, o que mostrará a real situação dessa helmintose na II Regional de Saúde; O controle da esquistossomose não pode ser visto fora do contexto social e econômico das comunidades afetadas, e só será alcançado através de mudanças sociais profundas que impliquem em melhoria das condições de vida das populações menos favorecidas.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, C. S.; SILVA, C. B. Epidemiologia da Esquistossomose Mansônica no Engenho Bela Rosa, município de São Lourenço de Mata, PE. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 83 – 87, 1992.

BARBOSA, C.S.; SILVA, C. B.; BARBOSA, F. S. Esquistossomose: reprodução e expansão da endemia no Estado de Pernambuco no Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 609-616, 1996.

BARBOSA, C.S, et al. Ecoepidemiologia da esquistossomose urbana na ilha de Itamaracá, Estado de Pernambuco. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n.4, p. 265-266, 2000.

BRASIL, Lei 9.43 de 8 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a Política Nacional de Recursos Hídricos, cria o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 9 de jan. 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica -6. ed, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2005.

BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica, Brasília – DF, 2005.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 21. Brasília - DF, 2008.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação de Promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Revista de Saúde Pública, v.31. p. 209-213. 1997.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Controle da esquistossomose: diretrizes técnicas. Brasília - DF, 1998.

IBGE. Censo 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 abril 2010.

KATZ, N.F, PEIXOTO S.V. Análise crítica da estimativa do número de portadores de esquistossomose mansoni no Brasil. Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical Uberaba, vol.33, n.3, p. 102, 2000.

PASSOS C. D. A. Controle da Esquistossomose. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

PELLON, B.; TEIXEIRA, I. Distribuição da esquistossomose mansônica no Brasil. In CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE. Recife: Divisão de Organização Sanitária, 1990.

QUININO, M. R. L. et al. Avaliação das Atividades de Rotina do Programa de Controle da Esquistossomose em Município da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, entre 2003 e 2005. Recife: CPqAM, 2009.

QUININO, M.R. L. Avaliação das Atividades do Programa de Controle da Esquistossomose nos Municípios da Região Metropolitana do Recife no Período de 2003 a 2006. Recife; 2008. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de. Caderno de Informações em Saúde II
GERES – Limoeiro, 2007.

SILVEIRA, S. S. B. Meio Ambiente: aspectos técnicos e econômicos, Brasília, 1997.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER Nº 43/2010

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA



Comitê de Ética
em Pesquisa

ANEXO A

Título do Projeto: "Avaliação das atividades do programa de controle de esquistossomose nos municípios da II regional de saúde no período de 2005 a 2009".

Pesquisador responsável: Maria Betânia Andrade Ferreira de Souza.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 17/05/10

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 28/10

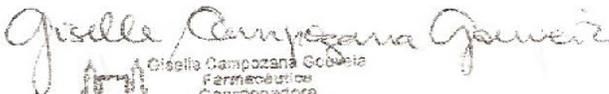
Registro no CAAE: 0027.0.095.000-10

PARECER Nº 43/2010

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 04 de agosto de 2013. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 04 de agosto de 2010.

Giúlia Campozana Góes

 Giúlia Campozana Góes
 Farmacêutica
 Coordenadora
 Mat. SAPE D8633E
 CPqAM / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 04/08/2011.

ANEXO B



GABINETE DO SECRETÁRIO
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Recife, 13 de maio de 2010

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro, para os devidos fins, que autorizo o uso do banco de dados Sistema de Informação sobre o Programa de Controle de Esquistossomose (SISPCE), para análise que será realizada no projeto intitulado "Avaliação das atividades do programa de controle de esquistossomose nos municípios da II Regional de saúde no período de 2005 a 2009" a ser executado no Curso de Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde, pela aluna **MARIA BETÂNIA ANDRADE FERREIRA DE SOUZA**.

Atenciosamente,


INÊS COSTA
Secretária Executiva de Vigilância em Saúde