

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

ALICE MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DAS AÇÕES DOS COORDENADORES DO
PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE EM MUNICÍPIOS DE
PERNAMBUCO**

**RECIFE
2017**

ALICE MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA

AVALIAÇÃO NORMATIVA DAS AÇÕES DOS COORDENADORES DO
PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE EM MUNICÍPIOS DE
PERNAMBUCO

Monografia apresentada ao curso de
Residência em Saúde Coletiva do
Departamento de Saúde Coletiva, Instituto
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz para a obtenção do título de
especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dra. Louisiana Regadas de Macedo Quinino

RECIFE

2017

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

- O48a Oliveira, Alice Maria Barbosa de.
Avaliação normativa das ações dos coordenadores do programa de controle da esquistossomose em municípios de Pernambuco/Alice Maria Barbosa de Oliveira. — Recife: [s. n.], 2017.

26 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Louisiana Regadas de Macedo Quinino

1. Vigilância em Saúde Pública. 2. Esquistossomose. 3. Avaliação de Desempenho Profissional. I. Quinino, Louisiana Regadas de Macedo. II. Título.

CDU 616-036.2

ALICE MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA

AVALIAÇÃO NORMATIVA DAS AÇÕES DOS COORDENADORES DO
PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE EM MUNICÍPIOS DE
PERNAMBUCO

Monografia apresentada ao curso de
Residência em Saúde Coletiva do
Departamento de Saúde Coletiva, Instituto
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz para a obtenção do título de
especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 14/07/2017

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Louisiana Regadas de Macedo Quinino
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Ms^a. Tereza Neuma Guedes Wanderlei
Secretaria de Saúde de Pernambuco

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DAS AÇÕES DOS COORDENADORES DO
PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE EM MUNICÍPIOS DE
PERNAMBUCO**

**NORMATIVE EVALUATION OF THE ACTIONS OF THE COORDINATORS OF
THE SCHISTOSOMIASIS CONTROL PROGRAM IN THE MUNICIPALITIES
OF PERNAMBUCO**

Alice Maria Barbosa de Oliveira ¹

Tereza Neuma Guedes Wanderlei ²

Louisiana Regadas de Macedo Quinino¹

⁽¹⁾ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM / Fundação Oswaldo Cruz

⁽²⁾ Secretaria de Saúde de Pernambuco

Alice Maria Barbosa de Oliveira: Av. Doutor José Rufino, 2984, aptº 603, Bloco F, Tejipió,
Recife – Pernambuco – Brasil. CEP: 50.930-000.

Telefone: (81)98810-4551

E-mail: alicebarb110@gmail.com

Tereza Neuma Guedes Wanderlei: I Gerência Regional de Saúde, Praça Oswaldo Cruz, S/N,
Boa Vista, Recife – Pernambuco – Brasil.

Telefone: 3181-4100

E-mail: tneumaw@gmail.com

Louisiana Regadas de Macedo Quinino: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC),
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Av. Moraes Rego, s/n, Recife – Pernambuco – Brasil.
CEP: 50.670-420.

Telefone: 81 2101-2500

E-mail: louisiana.quinino@cpqam.fiocruz

Este artigo será encaminhado para a Revista Saúde em Debate (Cebes).

OLIVEIRA, Alice Maria Barbosa de. Avaliação normativa das ações dos coordenadores do programa de controle da esquistossomose em municípios de Pernambuco. 2018. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

Avaliação normativa das ações dos coordenadores do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) no controle dessa doença no estado de Pernambuco entre 2010 e 2012. Construiu-se e validou-se um modelo lógico a partir do aparato normativo e um questionário semiestruturado que foi aplicado a 18 coordenadores de uma amostra aleatória de 23 municípios da zona endêmica para esquistossomose. As ações foram julgadas a partir da criação do indicador Grau de Implantação (GI) do “processo” que foi de 36,54 pontos revelando sua incipiência. Verificou-se falha no controle do molusco vetor, nas notificações e investigações de casos graves e óbitos, e ainda nas ações integradas e intersetoriais demonstrando ainda persistência de um modelo curativo onde existe o privilégio de ações de diagnóstico e tratamento em detrimento das ações de vigilância.

Palavras-chaves: Vigilância em saúde pública, Esquistossomose, Avaliação de desempenho profissional.

OLIVEIRA, Alice Maria Barbosa de. Normative evaluation of the actions of the coordinators of the schistosomiasis control program in the municipalities of Pernambuco. 2018. Monograph (Multiprofessional Residency in Collective Health) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2018

ABSTRACT

Normative evaluation of the actions of the coordinators of the Program for Control of Schistosomiasis (PCE) in the control of this disease in the state of Pernambuco between 2010 and 2012. A logical model was constructed and validated from the normative apparatus and a semi-structured questionnaire that was applied To 18 coordinators of a random sample of 23 municipalities in the endemic zone for schistosomiasis. The actions were judged from the creation of the indicator of Deployment (GI) of the "process" that was 36.54 points revealing its incipience. Failure to control the mollusc vector, in reports and investigations of severe cases and deaths, and also in the integrated and intersectoral actions demonstrating persistence of a curative model where there is the privilege of actions of diagnosis and treatment to the detriment of surveillance actions .

Key words: Public health surveillance, Schistosomiasis, Evaluation of professional performance.

INTRODUÇÃO

Apesar do avanço no que diz respeito ao estabelecimento das diretrizes para o controle da esquistossomose verifica-se, paradoxalmente, a manutenção de ações desarticuladas, verticalizadas e concentradas em determinados setores da saúde, como o da vigilância em saúde. Um resquício histórico da influência da vertente sanitária campanhista entrincheirados nos pressupostos do modo de operar o controle desta doença no Brasil ^{1,2}.

Uma das consequências dessa situação é o caráter reemergente da esquistossomose dentro de um processo de contratransição epidemiológica que reza que, apesar da redução da mortalidade e prevalência, é possível identificar ainda novos quadros sindrômicos, inclusive o aumento silencioso de formas graves ^{2,3}.

Pernambuco é um dos Estados brasileiros que tem os mais elevados percentuais médios de pessoas infectadas pelo *Schistosoma mansoni* persistindo como um problema grave de saúde pública. Em uma avaliação da situação epidemiológica da esquistossomose realizada entre os anos 2002 e 2012 verificou-se que a ocorrência da doença no estado é considerada endêmica em 102 dos seus 186 municípios, principalmente nas regiões da Zona da Mata e Região Metropolitana do Recife⁴.

Entre os anos de 2005 e 2014 Pernambuco apresentou uma média de 181 óbitos por ano e em 2015 uma positividade de 3,0% entre as 242.419 pessoas examinadas. A taxa de prevalência de 11,05% colocou o estado numa classificação de média endemicidade ^{4,5}.

No contexto da descentralização, o Programa de Controle da Esquistossomose (Pce) foi implantado, normatizando atividades a serem realizadas e pactuando algumas delas com os municípios, como a realização de inquéritos coproscópicos censitários com tratamento dos doentes e a alimentação anual do SISPCE. Estas atividades são as mínimas requeridas para o controle da endemia e devem ser incorporadas na rotina de trabalho dos municípios ⁶.

Numa tentativa de dar um olhar mais plural à esquistossomose, Pernambuco lança em 2011 o Programa de Combate as Doenças Negligenciadas (Sanar) - elegendo 7 enfermidades negligenciadas no Estado dentre elas a esquistossomose - buscando alcançar as metas do Milênio, em direção ao desenvolvimento global e redução das desigualdades continentais. Foram preconizadas ações baseadas na vigilância epidemiológica, apoio laboratorial, assistência aos pacientes e comunicação/mobilização da população com o objetivo de reduzir e/ou eliminar a esquistossomose ^{7,15}.

Devido às características que conferem à esquistossomose o caráter multicausal, deve-se destacar a necessidade da abordagem transdisciplinar para o seu controle, considerando

tanto os setores de saúde quanto os demais setores governamentais. Esse trabalho em parceria previne solução de continuidade e/ ou sobreposição de ações, possibilitando maior impacto nos níveis endêmicos ^{6,8,9}.

Essa abordagem, embora apropriada, é operacionalmente complicada caso não haja um eixo condutor institucional que vise a articulação inteligente destas ações. Nesse contexto, ressalta-se a importância da figura do coordenador das ações de controle, o qual deve possuir habilidades de coordenar as rotinas, planejar estrategicamente e gerir recursos visando a transformação da realidade a partir de uma análise crítica do texto político que rege o controle da esquistossomose, objetivando sua completa implementação ^{2,9,10}.

Nesse sentido, este trabalho realizou uma avaliação das ações de controle da esquistossomose no tocante à atuação do coordenador do Pce, em municípios do estado de Pernambuco sob o ponto de vista da tríade Donabeniiana com ênfase no “processo” de trabalho deste profissional. Pretende-se identificar entraves e potencialidades nesse processo tornando possível formular contribuições para o redirecionamento das atividades visando à melhoria da qualidade das ações de rotina realizadas.

MÉTODOS

Estudo avaliativo que analisou aspectos do ‘processo’ de trabalho dos coordenadores do Pce de acordo com o arcabouço teórico existente para o controle da esquistossomose nas instâncias municipais. Para garantir validade externa ao estudo, considerou-se como população de referência os 95 municípios que, na época de desenvolvimento do estudo, compunham as 5 primeiras Gerencias Regionais de Saúde (Geres) (da I a V) que formavam a área endêmica do estado. Desta população, selecionaram-se, por amostragem aleatória simples, 23 municípios a partir dos seguintes parâmetros: 95% de confiança (IC); 8 graus de erro amostral (E) com relação ao GI populacional; 25 graus de desvio padrão (dp) em torno do GI populacional.

Elaborou-se um Modelo Lógico (ML) seguindo os preceitos de Medina¹¹, o qual deve abarcar a realidade apreendida a partir da idealização, dando origem ao conceito de ‘objeto-modelo’. Este modelo somente é válido caso se revista de uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos o que é possível por meio da construção do ML.

As bases teóricas para construção do ML das ações dos coordenadores, seguindo a necessidade de abordagem transdisciplinar, foram as diretrizes e manuais técnicos atuais para

o controle da esquistossomose, além da literatura científica que considerasse abordagens transdisciplinares^{2,3,6,7,8,9,10,12,13,14,15}.

Foram selecionadas 5 categorias de análise: Educação permanente em saúde (Eps), Coordenação das ações dos agentes de controle de endemias (Ace), Ações integradas/intersetoriais, Vigilância epidemiológica/funções técnicas e Mobilização comunitária e participação social.

Com fins de validação o ML (Figura 1) foi submetido a 3 especialistas na área para julgarem sobre sua coerência, completitude e forma. A partir do ML, elaborou-se uma matriz preliminar, para julgar se as ações estão acontecendo conforme recomendado, a qual também foi validada por um processo de consenso com 3 pesquisadores e 6 técnicos municipais. A matriz de julgamento (MJ) final conteve 26 variáveis.

Em consonância com a MJ, construíram-se questionários semiestruturados que foram aplicados via entrevistas dirigidas, a um total de 18 coordenadores do Pce que aceitaram participar da pesquisa, dos 23 municípios tomados aleatoriamente. Todos os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação no estudo. As respostas foram compiladas em planilhas e alocadas na matriz de julgamento contendo os critérios, os indicadores e os padrões utilizados para avaliar cada uma das ações. Em seguida, um sistema de escores permitiu a atribuição de pontos e uma classificação de acordo com o percentual de realização das atividades.

Utilizou-se o indicador Grau de Implantação (GI) para julgar se o processo de trabalho dos coordenadores acontecia conforme o normatizado. Para tanto, cada variável da MJ recebeu uma pontuação de acordo com o percentual de adequação as normas obedecendo aos seguintes pontos de corte: se igual ou mais de 75% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos o item recebeu 3,85 pontos; se entre 74,9% e 50% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos o item recebeu 1,92 pontos; se igual ou menos de 9,9% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos o item recebeu 0 pontos. O GI variou de 0 (para processo não implantado) a 100 (para processo implantado) (Quadro 1).

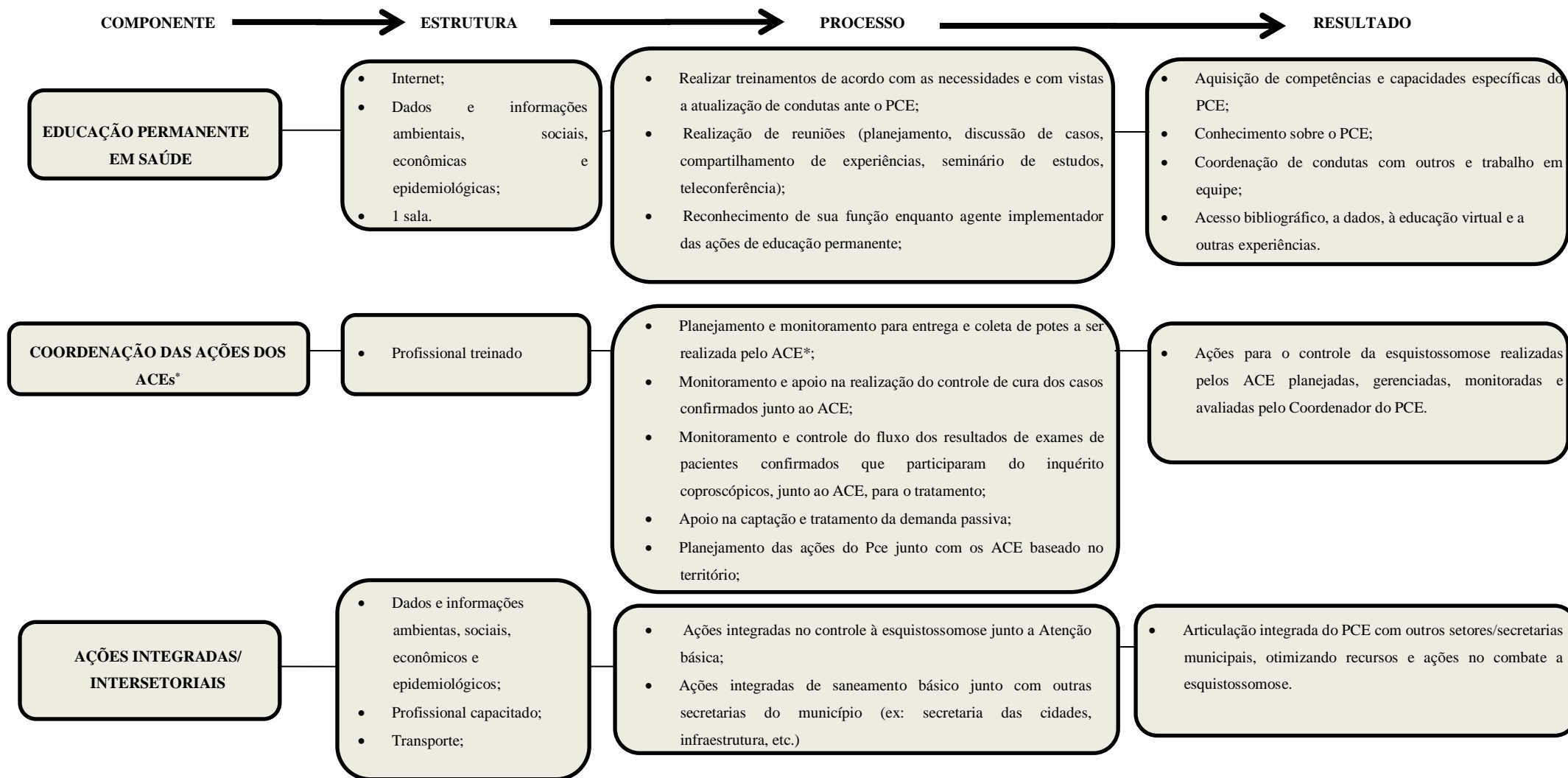
As conclusões obtidas nas técnicas de consenso utilizadas nesse estudo consideraram que cada item da matriz receberia o mesmo peso, dado que cada um dos itens é igualmente importante dentro do cenário multicausal da esquistossomose.

A partir da comparação entre o observado e o disposto na matriz, ponderou-se sobre a implantação do “processo” obedecendo aos pontos de corte: processo implantado - 75% a 100% do total de pontos; processo parcialmente implantado - 50 a 74,9% do total de pontos;

processo incipientemente implantado - 25 a 49,9% do total de pontos; processo não implantado – igual ou menos de 24,9% do total de pontos. O GI “processo” das ações dos coordenadores do Pce se deu pelo total da pontuação obtida na MJ.

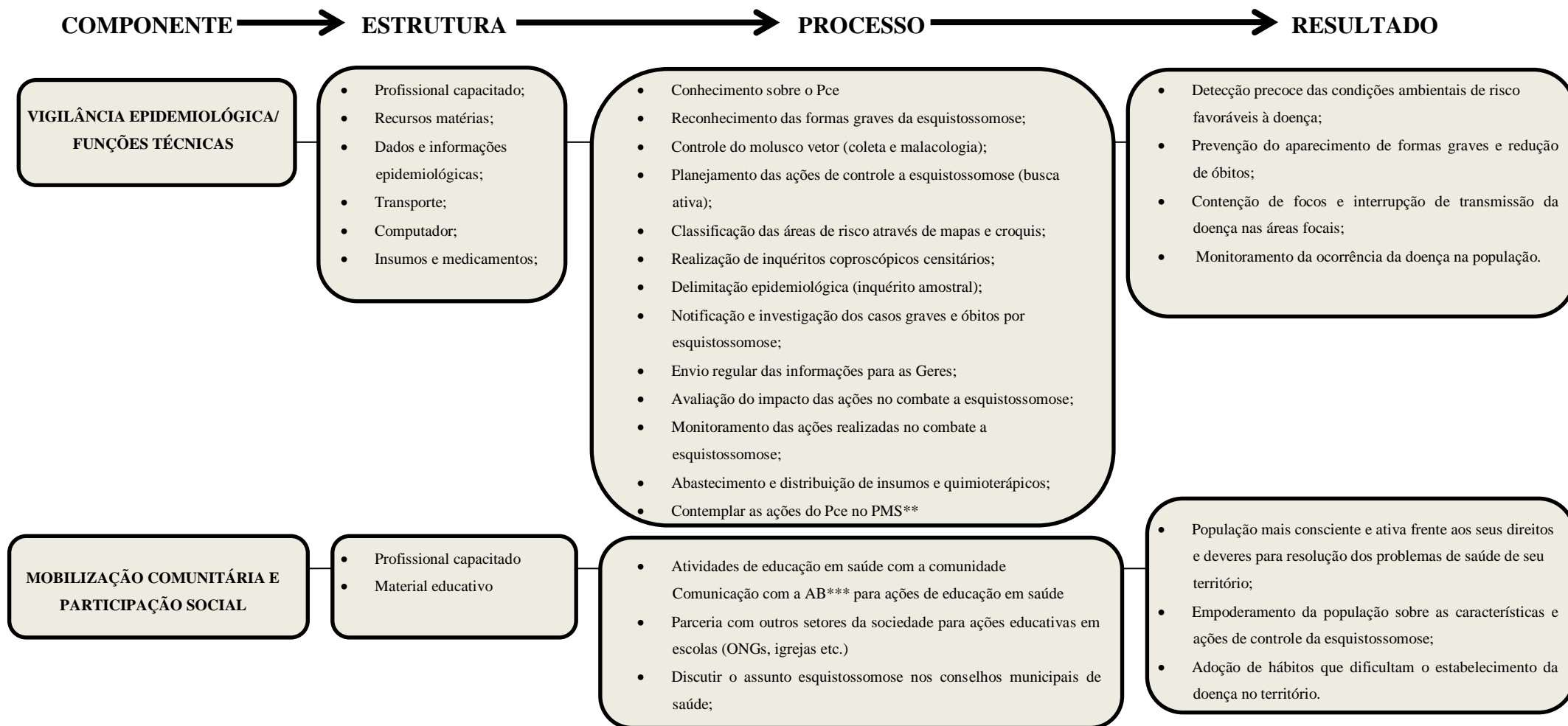
Este estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada: “O programa de controle da esquistossomose: uma análise de implantação em municípios do estado de Pernambuco, brasil, entre 2010-2012” o qual foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (parecer nº 70/2010; CAAE: 0067.0.095.000-10).

Figura 1 – Modelo Lógico das Funções do Coordenador do Pce, em Pernambuco, Brasil (continua).



Fonte: Elaboração própria. ACEs* - agentes de controle de endemias.

Figura 1 – Modelo Lógico das Funções do Coordenador do Pce, em Pernambuco, Brasil (conclusão).



Fonte: Elaboração própria. PMS** plano municipal de saúde; AB*** atenção básica

Quadro 1 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por ação realizada pelo coordenador do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre o Grau de Implantação da dimensão “processo” do Pce em instâncias municipais no estado de Pernambuco, 2010-2012.
(continua)

| EIXO | CRITÉRIO | INDICADOR | PADRÃO | JULGAMENTO |
|---------------------------------------|---|---|--|--|
| Educação Permanente em saúde | Realiza treinamentos de acordo com as necessidades e com vistas a atualização de condutas ante o PCE | Nº de coordenadores que realizam treinamentos de acordo com as necessidades e com vistas a atualização de condutas ante o PCE/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores devem realizar treinamentos de acordo com as necessidades e com vistas a atualização de condutas ante o PCE | - Se mais de 75% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 3,85 pontos |
| | Realização de reuniões periódicas (planejamento, discussão de casos, compartilhamento de experiências, seminário de estudos, teleconferência) | Nº de coordenadores que realizam reuniões periódicas/total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores devem realizar reuniões periódicas | |
| | Reconhecimento de sua função enquanto agente implementador das ações de educação permanente | Nº de coordenadores que reconhecem sua função enquanto agente implementador das ações de educação permanente/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores devem reconhecer sua função enquanto agente implementador das ações de educação permanente | |
| Coordenação das ações dos ACEs | Planejamento e monitoramento para entrega e coleta de potes a serem realizadas pelo ACE | Nº de coordenadores que planejam e monitoram a entrega e coleta de potes a serem realizadas pelo ACE/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores devem planejar e monitorar a entrega e coleta de potes a serem realizadas pelo ACE | - Se menos de 49,99% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 0 pontos |
| | Monitoramento e apoio na realização do controle de cura dos casos confirmados junto ao ACE | Nº de coordenadores que monitoram e apoiam a realização do controle de cura dos casos confirmados junto ao ACE/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores devem monitorar e apoiar a realização do controle de cura dos casos confirmados junto ao ACE | |
| | Monitoramento e controle do fluxo dos resultados de exames de pacientes confirmados que participaram do inquérito coprocópicos, junto ao ACE, para o tratamento | Nº de coordenadores que monitoram e controlam o fluxo dos resultados de exames de pacientes confirmados que participaram do inquérito coprocópicos/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores devem monitorar e controlar o fluxo dos resultados de exames de pacientes confirmados que participaram do inquérito coprocópicos | |
| | Apoio na captação e tratamento da demanda passiva | Nº de coordenadores que apoiam a captação e tratamento da demanda passiva/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores devem apoiar a captação e tratamento da demanda passiva | |
| | Planejamento das ações do Pce junto com os ACE, baseado no território | Nº de coordenadores que planejam as ações do Pce junto com os ACE baseado no território/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores devem planejar as ações do Pce junto com os ACE baseado no território | |

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 1 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por ação realizada pelo coordenador do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre o Grau de Implantação da dimensão “processo” do Pce em instâncias municipais no estado de Pernambuco, 2010-2012 (Continua)

| EIXO | CRITÉRIO | INDICADOR | PADRÃO | JULGAMENTO |
|--|--|---|--|--|
| Ações integradas/ intersetoriais | Ações integradas no combate à esquistossomose junto a Atenção básica | Nº de coordenadores que realizam ações integradas no combate à esquistossomose junto a Atenção básica/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores realizam ações integradas no combate à esquistossomose junto a Atenção básica | |
| | Ações integradas de saneamento básico junto com outras secretarias do município (ex: secretaria das cidades, infraestrutura, etc.) | Nº de coordenadores que realizam ações integradas de saneamento básico junto com outras secretarias do município/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores realizam ações integradas de saneamento básico junto com outras secretarias do município | - Se mais de 75% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 3,85 pontos |
| Vigilância epidemiológica/ funções técnicas | Conhecimento sobre o Pce | Nº de coordenadores que conhecem o Pce/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores devem conhecer o Pce | - Se entre 74,99% e 50% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 1,92 pontos |
| | Reconhecimento das formas graves da esquistossomose | Nº de coordenadores que reconhecem as formas graves da esquistossomose/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores reconhecem as formas graves da esquistossomose | |
| | Controle do molusco vetor (coleta e malacologia) | Nº de coordenadores que realizam controle do molusco vetor (coleta e malacologia)/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores realizam controle do molusco vetor (coleta e malacologia) | - Se menos de 49,99% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 0 pontos |
| | Planejamento das ações de controle a esquistossomose (busca ativa) | Nº de coordenadores que planejam ações de controle a esquistossomose (busca ativa)/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores planejam as ações de controle a esquistossomose (busca ativa) | |
| | Classificação das áreas de risco através de mapas e croquis | Nº de coordenadores que classificam as áreas de risco através de mapas e croquis/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores classificam áreas de risco através de mapas e croquis | |
| | Realização de inquéritos coproscópicos censitários | Nº de coordenadores que realizam inquéritos coproscópicos censitários/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores realização inquéritos coproscópicos censitários | |
| | Delimitação epidemiológica (inquérito amostral) | Nº de coordenadores que realizam delimitação epidemiológica/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores realizam delimitação epidemiológica | |

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 1 – Distribuição da pontuação máxima atribuível por ação realizada pelo coordenador do Programa de Controle da Esquistossomose para julgamento sobre o Grau de Implantação da dimensão “processo” do Pce em instâncias municipais no estado de Pernambuco, 2010-2012 (Conclusão)

| EIXO | CRITÉRIO | INDICADOR | PADRÃO | JULGAMENTO |
|--|--|---|--|--|
| Vigilância epidemiológica/ funções técnicas | Notificação e investigação dos casos graves e óbitos por esquistossomose | Nº de coordenadores que notificação e investigam casos graves e óbitos por esquistossomose/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos que notificação e investigam casos graves e óbitos por esquistossomose | <p>- Se mais de 75% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 3,85 pontos</p> <p>- Se entre 74,99% e 50% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 1,92 pontos</p> |
| | Envio regular das informações para as Geres | Nº de coordenadores que enviam regularmente as informações para as Geres/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores enviam regularmente as informações para as Geres | |
| | Avaliação e monitoramento do impacto das ações realizadas no combate a esquistossomose | Nº de coordenadores que avaliam e monitoram o impacto das ações realizadas no combate a esquistossomose/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores que avaliam e monitoram o impacto das ações realizadas no combate a esquistossomose | |
| | Abastecimento e distribuição de insumos e medicamentos quimioterápicos | Nº de coordenadores que abastecem e distribuem insumos e medicamentos quimioterápicos/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores que abastecem e distribuem insumos e medicamentos quimioterápicos | |
| | Contemplar as ações do Pce no PMS | Nº de coordenadores que contemplam as ações do Pce no PMS/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores contemplam as ações do Pce no PMS** | |
| Mobilização comunitária e participação social | Atividades de educação em saúde com a comunidade | Nº de coordenadores que realizam atividades de educação em saúde com a comunidade/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores realizam atividades de educação em saúde com a comunidade | <p>- Se menos de 49,99% dos profissionais se adequam aos padrões estabelecidos: 0 pontos</p> |
| | Comunicação com a AB para ações de educação em saúde | Nº de coordenadores que se comunicam com a AB para ações de educação em saúde/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores comunicam-se com a AB para ações de educação em saúde | |
| | Parceria com outros setores da sociedade para ações educativas em escolas (ONGs, igrejas etc.) | Nº de coordenadores que fazem parceria com outros setores da sociedade para ações educativas em escolas (ONGs, igrejas etc.)/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores fazem parceria com outros setores da sociedade para ações educativas em escolas (ONGs, igrejas etc.) | |
| | Discutir o assunto esquistossomose nos conselhos municipais de saúde; | Nº de coordenadores que discutem o assunto esquistossomose nos conselhos municipais de saúde/ total de coord. X 100 | Mais de 50% dos coordenadores discutem o assunto esquistossomose nos conselhos municipais de saúde | |

TOTAL DE PONTOS PARA DIMENSÃO “PROCESSO” (26 itens) = 100 PONTOS

Fonte: Elaboração própria.

RESULTADOS

O GI das ações dos coordenadores do Pce em Pernambuco foi Incipiente (36,54 pontos), tendo contribuído para este resultado critérios dos diversos eixos do universo do trabalho do coordenador revelando a insuficiência de suas ações (Quadro 2).

Os critérios que mais contribuíram para melhor implantação do processo integram o eixo da coordenação das ações dos Ace e da Vigilância epidemiológica/Funções Técnicas, que atingiram 94,4%. São eles: apoio a captação e tratamento dos doentes via demanda passiva, conhecimento sobre o Pce, planejamento das ações de campo controle a esquistossomose (no que se refere à busca ativa) e realização de inquéritos coproscópicos censitários; ainda 77,7% monitoram e controlam o fluxo de tratamento dos pacientes captados pela busca ativa. O maior prejuízo este eixo ficou por conta da não realização do controle do molusco vetor (0%) e a notificação e investigação dos casos graves e óbitos por esquistossomose (27,7%). Observa-se, ainda neste eixo, deficiência no reconhecimento das formas graves da esquistossomose, na classificação das áreas de risco através de mapas e croquis, na delimitação epidemiológica (inquérito amostral), no envio regular das informações para as Geres e a não contemplação das ações do Pce no PMS.

Apesar de não terem atingido índices satisfatórios, os seguintes critérios contribuíram positivamente para o resultado final de avaliação do processo, são eles: realização de reuniões periódicas (50%), reconhecimento de sua função enquanto agente implementador das ações de educação permanente (72,2%), ambos do eixo da Eps; planejamento e monitoramento para entrega e coleta de potes (72,2%), monitoramento e apoio no controle de cura dos casos confirmados (72,2%), planejamento das ações tradicionais de campo (inqueritos censitários) junto com os ACE o (55,5%), avaliação e monitoramento do impacto das ações realizadas no combate a esquistossomose (72,2%), abastecimento e distribuição de insumos e medicamentos (50%) e atividades de educação em saúde com a comunidade (61,1%).

O maior prejuízo na pontuação deveu-se, em grande parte, as atividades que competiam aos eixos das Ações integradas/ intersetoriais e o de Mobilização comunitária e participação social, ambos com resultados entre incipientes e não implantados. Dentre estes, apenas a “realização de atividades de educação em saúde” esteve parcialmente implantado (61,1%) como já mencionado. Em contraponto, no eixo da Eps, a realização de treinamentos de acordo com as necessidades e com vistas a atualização de condutas ante o Pce só foi referido por 38,8% deles.

Quadro 2 – Distribuição da pontuação recebida de acordo com o critério de avaliação estabelecido para o GI da dimensão ‘processo’ das ações de controle da esquistossomose realizadas pelo Coordenador do Pce em Pernambuco, 2010 – 2012.

| EIXO | CRITÉRIOS | % | PONTOS |
|--|--|---|-------------------------|
| Educação Permanente | • Realiza treinamentos de acordo com as necessidades e com vistas a atualização de condutas ante o PCE | 38,8% | 0 |
| | • Realização de reuniões periódicas (planejamento, discussão de casos, compartilhamento de experiências seminário de estudos, teleconferência) | 50% | 1,92 |
| | • Reconhecimento de sua função enquanto agente implementador das ações de educação permanente | 72,2% | 1,92 |
| Coordenação das ações dos ACEs | • Planejamento e monitoramento para entrega e coleta de potes a ser realizada pelo ACE | 72,2% | 1,92 |
| | • Monitoramento e apoio na realização do controle de cura dos casos confirmados junto ao ACE | 72,2% | 1,92 |
| | • Monitoramento e controle do fluxo dos resultados de exames de pacientes confirmados que participaram do inquérito coproscópicos, junto ao ACE, para o tratamento | 77,7% | 3,85 |
| | • Apoio na captação e tratamento da demanda passiva | 94,4% | 3,85 |
| | • Planejamento das ações do Pce junto com os ACE baseado no território | 55,5% | 1,92 |
| | Ações integradas/intersectoriais | • Ações integradas no controle à esquistossomose junto a Atenção básica | 33,3% |
| • Ações integradas de saneamento básico junto com outras secretarias do município (ex: secretaria das cidades, infraestrutura, etc.) | | 33,3% | 0 |
| Vigilância epidemiológica/funções técnicas | • Conhecimento sobre o Pce | 94,4% | 3,85 |
| | • Reconhecimento das formas graves da esquistossomose | 38,8% | 0 |
| | • Controle do molusco vetor (coleta e malocologia) | 0% | 0 |
| | • Planejamento das ações de controle a esquistossomose (busca ativa) | 94,4% | 3,85 |
| | • Classificação das áreas de risco através de mapas e croquis | 38,8% | 0 |
| | • Realização de inquéritos coproscópicos censitários | 94,4% | 3,85 |
| | • Delimitação epidemiológica (inquérito amostral) | 33,3% | 0 |
| | • Notificação e investigação dos casos graves e óbitos por esquistossomose | 27,7% | 0 |
| | • Notificação e investigação dos casos graves e óbitos por esquistossomose | 33,3% | 0 |
| | • Envio regular das informações para as Geres | 72,2% | 3,85 |
| | • Avaliação e monitoramento do impacto das ações realizadas no combate a esquistossomose | 50% | 1,92 |
| | • Abastecimento e distribuição de insumos e medicamentos quimioterápicos | 38,8% | 0 |
| | • Contemplar as ações do Pce no PMS** | | |
| Mobilização comunitária e participação social | • Atividades de educação em saúde com a comunidade | 61,1% | 1,92 |
| | • Comunicação com a AB para ações de educação em saúde | 16,6% | 0 |
| | • Parceria com outros setores da sociedade para ações educativas em escolas (ONGs, igrejas etc.) | 16,6% | 0 |
| | • Discutir o assunto esquistossomose nos conselhos municipais de saúde | 27,7% | 0 |
| Total GI “processo” (100 PONTOS) | | 36,54% | T = 36,54 pontos |
| IMPLANTAÇÃO INCIPIENTE | | | |

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

A seleção aleatória dos 23 municípios do estudo e o uso do conceito de objeto modelo permitiu visualizar claramente as diferentes situações de implantação das ações de controle realizadas pelos coordenadores do PCE. Métodos de composição aleatória de amostras contribuem efetivamente para a validade externa de um estudo, permitindo dizer que as conclusões dele extraídas são verdadeiras também para outros contextos. No entanto, para estudos avaliativos, a garantia da validade externa não se encerra na obediência a este princípio, pois, segundo Denis e Champane¹⁶, ele sozinho não responde o quanto e como as ações alvo de análise estão implantadas dentro do contexto para o qual foram desenhadas. Por isso, recorreu-se à *theory driven evaluation*, (avaliação baseada em teoria) que tem como objetivo tratar os programas tanto em sua multiplicidade quanto unicidade, considerando o modo como as relações hierárquicas lógicas existentes entre estrutura, processo e resultado acontecem¹⁶.

Verifica-se neste estudo, portanto, a presença do primeiro fator conferindo validade estatística e do segundo, validade analítica, o que implica dizer que as conclusões sobre a implantação observadas nas ações de controle exercidas pelos coordenadores do PCE podem ser válidas tanto para Pernambuco quanto para outros estados onde a esquistossomose é endêmica.

O recorte dado ao estudo, que enfatizou o processo de trabalho dos coordenadores do PCE, tem suas justificativas baseadas, por um lado, na importância estratégica deste ator como agente implementador do enfoque multidisciplinar da esquistossomose dentro do município e, por outro, no postulado de que os resultados atingidos por quaisquer intervenções na área da saúde são, em grande parte, consequências dos “processos”^{2,9,10,12,13}. Essa abordagem foi, portanto, adequada e oportuna ao se considerar a multicausalidade da esquistossomose e a conseqüente necessidade de uma abordagem multidisciplinar e trans-setorial no seu controle.

O baixo nível de implantação das ações de controle da esquistossomose exercidas pelos coordenadores do PCE em Pernambuco pode ter sua explicação pautada no fato de que a maioria das atividades contidas nos principais documentos que regem as ações de campo de controle da esquistossomose¹² foram elaboradas dentro da concepção de trabalho proposta pela extinta Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam). É sabido que, em detrimento de tal método de ação ter seu lugar garantido dentro da história de controle da esquistossomose no Brasil, tais ações ocorrem de forma centralizada e verticalizada, o que

propicia conflitos na ponta do sistema pelas dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde¹ estando, portanto, em desacordo com as diretrizes do SUS¹⁴.

Em seu conceito mais amplo, que considera todas as formas de intervenção de que se pode lançar mão quando o assunto é resolver um problema, a atenção integral é uma *necessidade* e requer ações que excedam os limites estruturais da assistência à saúde, prolongando-se pela qualidade real da atenção individual e coletiva aos indivíduos, requisitando o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional^{2,17}.

Verifica-se, portanto, que a integralidade no sentido de se ver o sujeito na sua totalidade, foi deixada de lado pelos coordenadores do PCE em Pernambuco, os quais tenderam a imprimir seus esforços apenas no diagnóstico e tratamento dos doentes via demanda ativa, deixando de lado ações de educação em saúde, mobilização social e planejamento integrado de medidas dentro e fora do setor saúde.

Dentro destes conceitos, uma das principais funções gestoras de coordenação no controle integral da esquistossomose é a EPS, pois além de ser um instrumento para o planejamento e avaliação, oportuniza diálogo, reflexão crítica, problematização, construção e integração de novos conhecimentos às realidades vivenciadas no trabalho, podendo ser visualizada como ferramenta de mudança e melhoria do cuidado¹⁸. Nesse trabalho, embora os coordenadores tenham tido consciência do seu papel enquanto agente implementador dessa função, na prática viu-se que isso não ocorre e, quando ocorre, se dá de forma tradicional.

Uma explicação para isso pode estar relacionado ao que Lemos¹⁹ traz ao analisar a concepção e os fundamentos da EPS no Brasil, a qual enfrenta em seu cerne diversos limites ao dar grande peso ao sujeito/trabalhador como elemento de mudança, desconsiderando as condições estruturais que tem grande impacto na qualidade do SUS dificultando a formação de um sujeito comprometido em gerir problemas da realidade. Para Carotta, Kawamura e Salazar²⁰, a ruptura com o modelo hegemônico proposto pela pedagogia tradicional quando busca superar a posição passiva dos atores solicitando destes maior disponibilidade e empenho pode ser colocada como outra grande dificuldade na implantação destas ações.

Corroborando com os resultados desta pesquisa, trabalho realizado por Grando e Dall'Agnol²¹, que analisou o modo como ocorriam as reuniões em equipes de Saúde da Família em um município do interior do Rio Grande do Sul à luz do referencial pichoniano de grupo operativo, enfatiza que processos de educação permanente em saúde tendem a ser

deixados de lado e, quando são realizados, se destinam basicamente à reuniões para transmissão de informações de caráter técnico, sendo pouco referidas situações em que se exercite a discussão coletiva e crítica.

Confirmando o que vem sido dito acima, verifica-se que o maior percentual de ações cumpridas pelos coordenadores são aquelas que envolvem a busca ativa de pacientes, incluindo diagnóstico coproscópico e tratamento de doentes. Há claro favorecimento da realização de ações curativas em detrimento das preventivas ou de gestão no geral. Vê-se, portanto, o ator em questão repassando aos ACEs as ações tradicionais que devem ser feitas, sem a devida consciência prática do que seja planejamento integrado de ações com enfoque no território.

Para a o controle da esquistossomose e para a saúde pública no geral, o conceito de território de atuação vai além de ser um espaço geográfico que alberga um percentual de pessoas doentes. Para Brevilheri, Narciso e Pastor²², o território é o resultado de uma acumulação de situações diversas que promovem condições particulares para a produção de doenças, o que é particularmente verdade quando se trata de doenças parasitárias.

Assim, no momento em que o ator em questão ignora a necessidade de se realizar um diagnóstico de área que considere não somente a prevalência da doença, mas que atente para a existência de coleções hídricas e suas relações com as condições de moradia, além, da presença do molusco vetor, ele deixa de dar o passo básico para o reconhecimento deste território, o que prejudica ações subsequentes de planejamento e avaliação. Considerar o território significa admitir a possibilidade de agir nos mais importantes determinantes do adoecimento por esquistossomose.

Outro problema ressaltado nesta pesquisa é que não há uma preocupação em saber o percentual de casos graves dentre os diagnosticados. Essa ação faz parte da vigilância epidemiológica da esquistossomose, e tem implicações que ultrapassam o nível individual, uma vez que quanto mais grave for o doente, mais ovos este libera no ambiente, o que contribui para a manutenção do ciclo de transmissão. Sendo o principal objetivo da vigilância epidemiológica da esquistossomose reduzir a prevalência da infecção, evitar ou reduzir a ocorrência de casos graves e óbitos e interromper a expansão da endemia^{6,10}, viu-se que este foi mais um fator que deixou a desejar no que concerne à compreensão da esquistossomose em sua plenitude. Estes resultados são consistentes com de outros estudos, nos quais a *práxis* epidemiológica não é utilizada como meio de trabalho para entender a reprodução de determinada doença no território²³.

A etiologia multicausal da esquistossomose, mais uma vez aqui ressaltada, remonta à necessidade de se observar o ambiente onde a doença se reproduz e o seu entorno^{2,10} levando em conta questões ligadas ao saneamento e modo de vida das pessoas. Agir sobre estes fatores requer habilidade de articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes. Este modo de trabalho utiliza-se, portanto, da articulação para superar a fragmentação do conhecimento para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Isso considerando, pode-se inferir que a quase inexistência de ações intersetoriais apontadas nesse estudo também contribuem para a manutenção do ciclo de transmissão da esquistossomose em Pernambuco.

Por fim, faz-se necessário voltar o olhar para as pessoas que adoecem de esquistossomose. As doenças parasitárias no geral estão fundamentalmente relacionadas aos modos de viver, às práticas e às atitudes das populações. Assim, uma população não ciente dos riscos de adoecimento não pode agir conscientemente em prol da própria saúde, o que reflete na sua não adesão às medidas de controle existentes, sendo mais um fator a se considerar na manutenção do ciclo de adoecimento por esquistossomose em Pernambuco^{3,10}. Esta situação é difícil de ser superada uma vez que exige uma postura ativa e criativa dos profissionais da saúde, em particular do coordenador das ações de controle da esquistossomose, que vai de encontro aos métodos de educação hegemônicos onde predominam o saber unidirecional e mecânico, centrado na figura de um “professor”.

Quites et. al²⁴ analisando a qualidade das ações de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose na Estratégia Saúde da Família em áreas endêmicas de municípios em Minas Gerais, reafirmam essa dificuldade e destacam que a conscientização do impacto da doença na comunidade deve visar essa superação, além do que deve extrapolar a dimensão popular e ter uma conotação de política organizacional atingindo os Conselhos Municipais de Saúde, com o objetivo de tornar as ações deliberadas sustentáveis e perenes pelo período de tempo necessário. Quites et. al²⁴ concluíram mostrando que as equipes de melhor classificação foram as que realizavam reuniões onde se priorizava o diálogo sobre os problemas gerados pela esquistossomose junto à comunidade, e ao setor de controle da esquistossomose, demonstrando a importância de um trabalho integrado entre gestão, serviços de saúde e mobilização comunitária.

CONCLUSÃO

O controle da esquistossomose está atrelado à efetiva implementação das ações políticas propostas para seu enfrentamento. O coordenador municipal das ações de controle da esquistossomose tem importância fundamental em traduzir esta política para a prática, mobilizando os recursos (cognitivos e materiais) de acordo com a governabilidade que lhe cabe. Neste estudo, observou-se que as ações realizadas por este ator se mantiveram dentro da lógica assistencial tradicional, deixando de lado funções de gestão inerentes ao seu nível de inserção dentro do município como o diagnóstico da área de ação com foco no território onde a doença se reproduz, a intersetorialidade, a educação permanece e a mobilização comunitária. Esse quadro contribui para a manutenção da esquistossomose como problema de saúde pública em Pernambuco.

COLABORADORES

Declara-se que ambos os coautores explicitados participaram ativamente na concepção e no planejamento deste estudo, assim como na análise e a interpretação dos dados. Contribuíram também significativamente na elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo deste artigo.

CONFLITOS DE INTERESSE

Declara-se que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN, organizadores. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 567-586.
2. Quinino LRM. O Programa de Controle da Esquistossomose: uma análise implantação em municípios do estado de Pernambuco, Brasil, entre 2010 e 2012 [Tese]. [Recife]: Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; 2015. 203 p.
3. Caraciolo MF, Melo DS, Quinino LRM. Avaliação Normativa das ações dos enfermeiros da saúde da família no controle da esquistossomose em Pernambuco. *Rev. Sau. Deb.* Rio de Janeiro. 2016 Out.-Dez; 111 (40):153-168.
4. Melo MM, Brandão JOC, Medeiros CSQ, *et. al.* Características epidemiológicas da esquistossomose em Pernambuco no período de 2000 a 2012. *Cad. Grad. Ciên. Bio. Saú.* Recife. 2016. Jul. 2 (3):11-24.
5. Costa CS, Rocha AM, Silva GS, *et. al.* Programa de Controle da Esquistossomose: avaliação da implantação em três municípios da Zona da Mata de Pernambuco. *Rev. Saú e Deb.* Rio de Janeiro. 2017. Mar. 41(n. Especial): 229-241.
6. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica 21: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. 2. ed. Brasília: MS, 2008.
7. Secretaria Estadual de Saúde (Pernambuco), Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Programa de Enfrentamento as doenças Negligenciadas. *Guia de apoio operacional ao sistema de informação do programa de controle da esquistossomose para os municípios do estado de Pernambuco*. 1 ed. Recife: SES/PE, 2012.
8. Schall VT, Massara CL, Diniz MCP. *Epidemiologia e Controle: Educação em saúde no controle da Esquistossomose*. In: Carvalho OS, Coelho PMZ, Lenzi HL, organizadores. *Schistosoma mansoni e esquistossomose: uma visão multidisciplinar* [internet]. 1 ed. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ; 2008. p. 1029-1079.[acesso em 2018 jun 27].Disponível em: <http://books.scielo.org/id/37vww/pdf/carvalho-9788575413708.pdf>.
9. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 29 jun 2011.

10. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância a Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Vigilância da Esquistossomose Mansoni: diretrizes técnicas. 4. ed. Brasília: MS, 2014.
11. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [internet]. 1 ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005, pp. 41-63. [Acesso em 2018 ago. 15]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-04.pdf>.
12. Ministério da Saúde (Brasil), Fundação Nacional de Saúde. Controle da esquistossomose - diretrizes técnicas. Brasília: MS, 1998.
13. Brasil. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 dez. 1999.
14. Quinino LRM, Samico IC, Barbosa CS. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da esquistossomose em dois municípios da Zona da Mata de Pernambuco. Cad. de Saú. Col. Rio de Janeiro. 2010. 18 (4): 536-44.
15. Secretaria Estadual de Saúde (Pernambuco). Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Programa de Enfretamento das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco SANAR – 2011 / 2014. 2 ed. Recife: SES/PE, 2013.
16. Denis J, Champanhe F. Análise da implantação. In: Hartz Z, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 49-88.
17. Carnut L, Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Rev. Saú. Deb. Rio de Janeiro. 2017. out-dez. 41(115): 1177-1186.
18. Medeiros AC, Pereira QLC, Siqueira HCH, et al. Gestão Participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. Rev. Bras. Enf. Brasília. 2010. Jan-fev.1(63): 38-42.
19. Lemos CSL. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. Ciên. & Saú. Col. Rio de Janeiro. 2016. set. 21(3): 913-922.

20. Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Saúde Soc.*, São Paulo. 2009. jan-mar. 18(1): 48-51.
21. Grando MK, Dall'agnol CM. Desafios do processo grupal em reuniões de Equipe da Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro. 2010. jul-dez 14(3): 504-510.
22. Brevilheri ECL, Narciso AMS, Pastor MA. Lógica territorial na política da saúde brasileira. *Serv. Soc. em Rev.* 2014. jul-dez 16(2): 36-61.
23. Areazza AMV. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. *Ciê. & Saú. Col. Rio de Janeiro*. 2012. Abr. 17(4): 1001-1013.
24. Quites HFO, Abreu MNS, Matoso LF, *et. al.* Avaliação das ações de controle da esquistossomose na Estratégia de Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais. *Rev. Bras. de Epid.* São Paulo. 2016. abr-jun. 19(2): 375-389.