

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

**GINA CRISTINA FREITAS FARIAS**

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA  
DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE NO MUNICÍPIO  
DE TRACUNHAEM, ZONA DA MATA. PERNAMBUCO,  
BRASIL.**

**RECIFE  
2010**

GINA CRISTINA FREITAS FARIAS

AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA  
ESQUISTOSSOMOSE NO MUNICÍPIO DE TRACUNHAEM, ZONA DA MATA.  
PERNAMBUCO, BRASIL

Monografia apresentada no curso de Especialização em Gestão de Sistema e Serviço de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em Gestão de sistema e Serviço de Saúde.

Orientador: Ms. Louisiana Regadas de Macedo Quinino.

RECIFE

2010

---

F224a Farias, Gina Cristina Freitas Farias.  
Avaliação do grau de implantação do Programa de Controle da Esquistossomose no Município de Tracunhaem, Zona da Mata. Pernambuco, Brasil. / Gina Cristina Freitas Farias. - Recife: [s.n.], 2010.  
97 p. : tab.; il.

Monografia (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientadora: Louisiana Regadas de Macedo Quinino.

1. Esquistossomose mansoni - prevenção & controle. 2. Avaliação de Programas. 3. Descentralização. I. Quinino, Louisiana Regadas de Macedo. II. Título.

---

CDU 616.995.122

---

GINA CRISTINA FREITAS FARIAS

AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DO CONTROLE DA  
ESQUISTOSSOMOSE NO MUNICÍPIO DE TRACUNHAEM, ZONA DA MATA.  
PERNAMBUCO, BRASIL.

Monografia apresentada ao curso de  
Especialização em Gestão de Sistema  
e Serviço de Saúde do Departamento  
de Saúde Coletiva, Centro de  
Pesquisa Aggeu Magalhães,  
Fundação Oswaldo Cruz para  
obtenção do título de especialista em  
Gestão de sistema e Serviço de  
Saúde.

Orientador: Ms. Louisiana Regadas de Macedo Quinino.

APROVADO EM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

\_\_\_\_\_  
Ms.Louisiana Regadas de Macedo Quinino  
Prefeitura Municipal de Vitória de Santo Antão

\_\_\_\_\_  
Ms.Juliana Martins Barbosa da Silva Costa  
Prefeitura Municipal do Recife

Dedico esse trabalho primeiramente a DEUS, ao meu avô, pai, mãe, familiares, namorado e a minha amiga e orientadora Louisiana Quinino por todo seu esforço despendido para conclusão deste trabalho.

FARIAS, Gina Cristina Freitas. Avaliação do grau de implantação do programa do controle da esquistossomose no município de Tracunhaém, zona da mata, Pernambuco, Brasil. 2010. Monografia (Especialização de Gestão de Sistema e Serviço de Saúde)- Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

## RESUMO

A esquistossomose é uma endemia que acomete cerca de 200 milhões de pessoas em 74 países. No Brasil, segundo a OMS, estima que de 6 a 8 milhões de brasileiros estejam infectado e outros 35 milhões sob risco de infecção, devido a larga distribuição do hospedeiro intermediário e a baixa qualidade de vida em algumas regiões e cidades. Em Pernambuco, a zona da mata é a área mais atingida, com localidades apresentando até 80% de positividade. Nesta área, destaca-se o município de Tracunhaém, com 11,85% de positividade média. Desde a década de 70 trabalha-se na busca da redução da prevalência desta doença, através do Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE) da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAN) e em posterior essa ação foi descentralizada para os municípios através da portaria 1.399/99. Neste sentido é necessária a realização de estudos avaliativos para verificação da adequação das ações de controle da esquistossomose nas instâncias municipais. A metodologia usada foi do tipo avaliativa normativa dos componentes de estrutura e processo do programa de controle da esquistossomose na vigilância em saúde e na atenção básica visando estabelecer o grau de implantação do programa. Nessa avaliação foram aplicados questionários onde para cada resposta foi dada uma pontuação de acordo com o grau de importância para as ações do programa, onde foi considerado implantado 90 a 100 pontos; parcialmente implantado de 60 a 89 pontos; e criticamente implantado <59 pontos atingidos, tanto para instancia em vigilância em saúde e quanto para atenção básica. O resultado obtido após a conclusão do estudo foi que no município de Tracunhaém o programa de controle da esquistossomose tanto para atenção básica quanto na vigilância em saúde foi considerado como parcialmente implantado, onde atingiu, respectivamente, 78,5 pontos e 77,5 pontos.

**PALAVRAS CHAVES:** Esquistossomose mansoni /prevenção & controle. Avaliação de Programas. Descentralização

FARIAS, Gina Cristina Freitas. Assessment of the degree of implementation of the programme of control of schistosomiasis in the municipality of Tracunhaém, zona da mata. Pernambuco, Brazil. 2010. Monograph (System Management Specialization and Health Service)-Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, 2010.

## ABSTRACT

Schistosomiasis is an endemic disease that affects about 200 million people in 74 countries. In Brazil, according to OMS estimates that 6 million to 8 million Brazilians are infected and another 35 million at risk of infection due to wide distribution of intermediate and low quality of life in some regions and cities. In Pernambuco, the forest area is the area most affected, with towns featuring up to 80% positivity. In this area, stands the city of Tracunhaém, with average 11.85% positivity. Since the 70's works in the pursuit of reducing the prevalence of this disease, through the Special Program for Schistosomiasis Control (PBUH) the Superintendent of Public Health Campaigns (SUCAN) and later this action was decentralized to the municipalities through Decree 1.399/99. In this sense it is necessary to conduct evaluation studies to verify the adequacy of control of schistosomiasis in the municipalities. The methodology used was the kind of normative evaluative components of structure and process of the schistosomiasis control program in health surveillance in primary care to establish the degree of implementation of the program. In this evaluation questionnaires which were applied to each response was given a score according to the degree of importance for the actions of the program, which was considered completed 90 to 100 points, partially implemented 60 to 89 points and critically deployed <59 hit points both for instance in health surveillance and as for primary care. The result obtained after completion of the study was that the city of Tracunhaém the schistosomiasis control program for both primary care and in health surveillance was considered as partially implemented, where it reached respectively 78.5 points and 77.5 points.

**KEYWORDS:** Schistosomiasis mansoni / prevention and control. Program Evaluation. Decentralization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
1.1	Programa de Controle da Esquistossomose	09
<b>2</b>	<b>REFERÊNCIAL TEÓRICO</b>	<b>13</b>
2.1	Caracterização da Situação Endêmica da Esquistossomose em Pernambuco	13
2.2.	A Esquistossomose no Município de Tracunhaém	5
2.3	Evolução do Controle da Esquistossomose Segundo os Modelos de Atenção à Saúde No Brasil	7
<b>3</b>	<b>AVALIAÇÃO EM SAÚDE</b>	<b>22</b>
3.1	Avaliação Normativa	23
<b>4</b>	<b>PERGUNTA CONDUTORA</b>	<b>25</b>
<b>5</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>26</b>
5.1	Objetivos Específicos	26
<b>6</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>27</b>
6.1	Desenho do Estudo	27
6.2	Modelo Lógico e Matriz de Critérios e Normas	27
6.3	Área de Estudo	28
6.3.1	<i>Caracterização do Município de Tracunhaém</i>	28
6.4	Sujeitos da Pesquisa	38
6.5	Categorias de Análise	39
6.5.1	<i>Estrutura na Vigilância em Saúde</i>	39
6.5.2	<i>Processo na Vigilância em Saúde</i>	39
6.5.2.1	<u>Delimitação epidemiológica</u>	39
6.5.2.2	<u>Inquéritos coproscópico censitários</u>	40
6.5.2.3	<u>Tratamento dos casos positivos</u>	40
6.5.2.4	<u>Controle do molusco vetor</u>	40
6.5.2.5	<u>Medidas de saneamento</u>	40
6.5.2.6	<u>Educação em saúde</u>	40
6.5.2.7	<u>Sistema de informações sobre o programa de controle da esquistossomose (sispce)</u>	41
6.5.2.8	<u>Vigilância Epidemiológica</u>	41
6.5.2.9	<u>Indicadores de cobertura</u>	41



6.5.3	<i>Estrutura na Atenção Básica</i>	42
6.5.4	<i>Processo na Atenção Básica</i>	42
6.5.5	<i>Grau de Implantação</i>	42
6.6	Coleta de Dados	43
6.7	Análises dos Dados	43
6.7.1	<i>Componente Vigilância em Saúde</i>	43
6.7.2	<i>Componente Atenção Básica</i>	44
6.7.3	<i>GI do PCE no Município</i>	44
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b>	<b>54</b>
<b>8</b>	<b>RESULTADO E DISCUSSÃO</b>	<b>55</b>
8.1	Grau de Implantação do PCE no Âmbito da Vigilância	62
8.1.1	<i>Dimensão estrutura</i>	62
8.1.2	<i>Análise da dimensão processo no âmbito da vigilância em saúde</i>	64
8.2	Avaliação do GI no Elenco Atenção Básica	65
8.2.1	<i>Análise do componente estrutura</i>	66
8.3	Avaliação do GI no Município	68
<b>9</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>69</b>
<b>10</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b>	<b>70</b>
	<b>REFERENCIA</b>	<b>71</b>
	<b>ANEXO A - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PCE NO ÂMBITO MUNICIPAL</b>	<b>77</b>
	<b>ANEXO B - AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR</b>	<b>88</b>
	<b>ANEXO C - AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA:QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO ENTREVISTA COM O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE</b>	<b>90</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Programa de Controle da Esquistossomose

Conhecida no Brasil como xistosa, mal do caramujo ou barriga d'água (REY, 1991), a esquistossomose ou bilharziose acomete o homem desde a antiguidade. É uma infecção produzida por parasita da classe Trematoda, espécie *Schistosoma mansoni*, cuja transmissão se dá pelo contato com água infectada pelas cercarias, estágio de vida do parasito infectante para homem. De todas as espécies de *Schistosoma* que parasitam o homem, somente *S.mansoni* existe na América (PASSOS et al., 1998; ROLLEMBERG; QUINTANS; SANTOS, 2008). A doença apresenta formas agudas ou crônicas, com sintomatologia variada, mas com predominância intestinal. Por vezes, podem surgir formas graves, com extensa fibrose hepática, hipertensão porta e esplenomegalia (CARVALHO et al, 2005b).

Entre as grandes endemias, a esquistossomose é uma das que apresentam problemas profiláticos mais difíceis (PRATA, 1997). É endêmica principalmente nos continentes sub-desenvolvidos ou em desenvolvimento como África, Ásia e América Latina, onde a profilaxia é muito mais difícil devido a diversos fatores que vão desde a efetiva disseminação dos hospedeiros intermediários até às péssimas condições de vida da população. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a esquistossomose acometa 200 milhões de pessoas em 74 países (KATZ; ALMEIDA, 2003; ROLLEMBERG; QUINTANS; SANTOS 2008). No Brasil mensura-se que exista de seis a oito milhões de indivíduos infectados e 35 milhões de brasileiros sob risco de infecção (CIMERMAN; CIMERMAN, 1999). Dentro do território brasileiro a área de transmissão da esquistossomose ocorre em 19 estados, onde os estados de Alagoas, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Sergipe, Bahia e Minas Gerais, ultimamente, são aqueles que vêm apresentados, localidades com elevadas prevalências, sendo que nos estados de Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia e Minas Gerais encontram-se as maiores prevalências (SILVEIRA, 1989; AMARAL, 1994). Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul, Goiás e no Distrito Federal possuem áreas com transmissão focal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2009).

A disseminação pode ser explicada a partir da inter-relação de diversos determinantes históricos, políticos e econômico-sociais do processo saúde-doença

(CARVALHO 1998a). Segundo Dias (1998), a dispensação da esquistossomose neste país deu-se de forma lenta e progressiva, ocasionada a principio pelo tráfico de escravos, principalmente nas áreas rurais, com vistas à exploração da cana-de-açúcar, ligada à ocorrência do molusco transmissor. A esquistossomose encontrou no País condições favoráveis para sua proliferação: clima; pessoas susceptíveis; coleções hídricas, que atraem famílias para as suas margens para formação de lavouras; presença de hospedeiros intermediários e ausência de saneamento, que contribui para a contaminação das águas com fezes humanas com presença de parasito. Todos estes fatores conjugam para a perfeita manutenção do ciclo de transmissão da esquistossomose (TIMBO; LIMA, 1998).

Some-se a isso o fato de que, em busca de condições de vida melhores, muitas famílias saem da área rural e partem rumo às grandes cidades. Essa desordenada urbanização e a persistência da precária qualidade de vida contribuem para manutenção da enfermidade nos centros urbanos (CARVALHO, 1998a).

Com relação à região Nordeste, o Estado de Pernambuco está entre aqueles que apresentam uma das prevalências mais elevadas. A doença é endêmica em 72 dos seus 185 municípios, sobretudo naqueles que circundam a faixa litorânea, compreendendo zona da mata e agreste (CARVALHO, 1998b). Além dos motivos anteriores, existem outros que contribuem para que a distribuição da doença neste Estado abranja áreas urbanas e rurais. Uma explicação é que, indivíduos infectados pelo parasito que vêm tentar a sobrevivência nas cidades, sejam se inserindo no mercado produtivo ou se marginalizando totalmente do processo econômico, passam a residir em favelas ou acampamentos temporários sem a menor condição de salubridade, estabelecendo focos peridomiciliares (ou mesmo intradomiciliares) nas moradias. Além disso, novos sítios de transmissão ativa da doença têm sido detectados em localidades de veraneio de classe média alta (GONÇALVES et al, 1992). Segundo Barbosa et al., (1996), quadros como esse só se concretizam quando o migrante, cronicamente adoecido por determinação do processo histórico-social, encontra no espaço urbano as condições ambientais (ecológicas/biológicas) que propiciam o estabelecimento do ciclo de transmissão da esquistossomose.

A zona da mata de Pernambuco, formada por 43 municípios, é a área de mais de alta endemicidade (FLORÊNCIO, 2005). A atividade econômica nesta área ainda é baseada na exploração canavieira, atividade que emprega cerca de um milhão e meio de trabalhadores que vivem em condições precárias de vida expressas

principalmente pela ausência de moradias adequadas, falta de saneamento, baixa escolaridade e escasso lazer (CARVALHO 1998a). Assim, os rios lá existentes fazem parte do rol das poucas opções de lazer, além de servirem para as atividades domésticas como lavar roupas e utensílios, banhar animais, tomar banho e serve também como fossas para os domicílios através de canalizações irregulares (CARVALHO 1998a). Dessa forma, em certas localidades da zona da mata chega-se ter uma prevalência crônica de 80% de indivíduos parasitados (RESENDES; SOUZA-SANTOS; BARBOSA, 2005). Dentre os municípios que se destacam como apresentando altos índices de positividade está Tracunhaém, que apresenta 11,85% de positividade média, sendo que algumas localidades chegam até a 80%. Tracunhaém está localizado na Zona da Mata e possui 1294 habitantes.

O controle sistemático da esquistossomose no Brasil foi implementado em 1975, através do Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE) pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), com objetivo de reduzir a morbidade através, inicialmente, do tratamento em massa e o controle do molusco vetor. Suas ações eram centralizadas e verticalizadas e perpassavam os serviços de saúde sem a devida comunicação (PAIM, 2006a).

Na década de 80 o Programa perde seu caráter especial e passa a ser um programa de rotina do Ministério da Saúde, cujas ações passaram a incluir, além do diagnóstico e tratamento de doentes, a delimitação epidemiológica, educação em saúde e ações de saneamento. Nessa época o Brasil passa por uma crise política, saindo da ditadura rumo à redemocratização. Nessa conjuntura é promulgada a Constituição de 1988, onde se garante que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Sendo, assim, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, mas sua regulamentação só ocorreu dois anos depois em 1990, cujas diretrizes são a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (PAIM, 2006b). Nesse sentido, não era mais concebível que os programas de saúde, dentre eles o PCE, fossem operacionalizados dentro da lógica vertical e centralizados herdada da extinta SUCAM, o que culminou na descentralização das ações de controle da esquistossomose para Estado e Municípios, através da Portaria 1399/99.

No período entre 1999 e 2000 a descentralização das ações de controle da Esquistossomose aconteceu em Pernambuco e desde este tempo as ações vem sendo realizadas pelos municípios endêmicos. Em detrimento de ser uma diretriz do SUS, a descentralização ocorreu em um momento em que estes municípios não

apresentavam condições estruturais e organizacionais para executar com afinco as ações de esquistossomose, não só pelos recursos escassos como também por que, neste momento, aconteciam grandes epidemias de dengue em todo país, o que demandou que os agentes ambientais foram desviados para o controle desta endemia (FARIAS et al, 2007; SILVA,1996).

Atualmente, as ações de controle dessa endemia devem ser realizadas de forma integrada com a atenção básica, através da estratégia da saúde da família (ESF), levando em conta a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população em cada território, definido em função das características sociais, epidemiológicas e sanitária. Um importante foco de ação de controle deste agravo está voltado para o diagnóstico e tratamento das pessoas doentes, buscando a interrupção da cadeia de transmissão (BRASIL 2008a).

No município de Tracunhaém as ações de controle da esquistossomose foram assumidas desde 2003. Porém, no período entre 2003 e 2007, as ações ainda eram executadas somente pela vigilância em Saúde com o apoio dos agentes de endemias/ FNS, sem integração com a assistência.

Todo este processo torna necessária a busca de métodos de avaliação que permitam a verificação da adequação das ações de controle de doenças aos moldes do SUS. Baseado nesta suposição é que se fundamenta o método utilizado neste estudo. Este trabalho pretende, portanto, realizar uma avaliação normativa das ações de controle da esquistossomose. Segundo Conrandiopoulos et al, (1997), avaliação normativa é aquela que faz um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas. Este tipo de avaliação se apóia no postulado de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção (ROSSI; FREEMAN, 1985).

Dessa forma, procura-se responder à seguinte questão: qual o grau de Implantação do Programa de Controle da Esquistossomose no município de Tracunhaém, considerando a descentralização das ações com ênfase na integralidade entre vigilância e assistência.

## 2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

### 2.1 Caracterização da Situação Endêmica da Esquistossomose em Pernambuco

Acredita que a dispensação da esquistossomose no Brasil aconteceu de forma lenta e progressiva através do tráfico de negros para a exploração do trabalho nas culturas agrícolas, principalmente a cana-de-açúcar (DIAS, 1998). Estima-se que de seis a oito milhões brasileiros estejam infectados pelo parasito e outros trinta e cinco milhões encontrem-se sob risco de infecção (CIMERMAN; CIMERMAN, 1999). Segundo Silveira (1989) e Amaral (1994), a transmissão desta endemia ocorre em 19 estados brasileiros, onde alagoas, maranhão, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Sergipe, Bahia e minas gerais são os que vêm apresentando localidades com elevadas prevalências, porém destes, Pernambuco, alagoas, Sergipe, Bahia e Minas Gerais são os que concentram as maiores prevalências.

Em Pernambuco a doença é endêmica em 72 dos 185 municípios, sobretudo naqueles que circundam a faixa litorânea, compreendendo a Zona da Mata e Agreste (CARVALHO, 1998b), o que confere a este estado uma prevalência de 15,2% (KANO, 1992). A esquistossomose é historicamente endêmica na região rural, a qual possui localidades onde as taxas de infecção humana variam de 12% - 82%. Nas Zonas Rurais deste estado, o cultivo da cana de açúcar tem sido apontado como um dos responsáveis pela disseminação da esquistossomose: juntamente com os fatores de ordem biológica, fatores socioeconômicos como a forma de uso da terra visando ao aumento da produção sem se preocupar com as questões ambientais, assim como a exploração da força de trabalho, vem se refletindo na agudização das questões sociais, deteriorizando as condições de saúde do trabalhador rural, uma vez que aqueles que permanecem no campo sobrevivem em condições mínimas de alimentação e moradia, sem qualquer tipo de assistência médica regular ou saneamento básico, desnutridos e espoliados pelas parasitoses. Os que são excluídos do sistema de produção rural, porém, vêm na migração para os centros urbanos uma perspectiva de sobrevivência. Sendo assim, o êxodo forçado do trabalhador rural para os grandes centros urbanos tem sido apontado como um dos fatores responsáveis pela expansão da esquistossomose (BARBOSA et al, 1996).

Nas Zonas Urbanas, por sua vez, estas pessoas infectadas passam a se inserir no mercado produtivo (a exemplo da construção civil) ou se marginalizar totalmente do processo econômico, passando a residir em favelas ou acampamentos temporários sem a menor condição de salubridade, estabelecendo focos peridomiciliares (ou mesmo intradomiciliares) nas moradias, modificando os espaços urbanos (BARBOSA et al, 1996). Some-se a isso a ocorrência de novos sítios de transmissão ativa da doença nas áreas litorâneas e Região Metropolitana do Recife (RMR), com casos agudos registrados na Praia de Itamaracá (BARBOSA; PIERI; BARBOSA, 2000) um surto epidêmico na Praia de Porto de Galinhas, com 662 casos da forma aguda da doença (BARBOSA et al, 2001), além dos focos de moluscos vetores que vêm surgindo no litoral e RMR (SAMICO, 1989).

Atualmente, a zona da mata (Norte e Sul) de Pernambuco é a área de mais alta endemicidade (FLORÊNCIO, 2005), pois reproduz os fatores apontados como perpetuadores da esquistossomose citados para Zonas Rurais. A exploração canavieira, que emprega cerca de um milhão e meio de trabalhadores, ainda é a principal base econômica da região. Por causa disso, o trabalhador da zona canavieira de Pernambuco apresenta, há décadas, elevadas cargas parasitárias para esquistossomose mansônica e outras parasitoses (BARBOSA, 2000). As condições precárias de vida expressas principalmente pela ausência de moradias adequadas, falta de saneamento e baixa escolaridade associadas ao escasso lazer, fazem com que os rios existentes na região sejam as principais opções de entretenimento, além de serem utilizados nas atividades domésticas como lavagem de roupa, banho de animais, assim como também são utilizados como receptores de dejetos humanos, devidos a canalizações irregulares. Todos estes fatores contribuem para a perpetuação da esquistossomose nessa região. É por estes motivos é que a Zona da Mata ainda hoje, constitui-se em uma importante área de risco para esquistossomose em Pernambuco.

Abaixo, encontra-se um mapa evidenciando a Zona da mata Pernambucana e suas relações com as regiões circunvizinhas (Agreste e RMR).



Mapa 1 – Espaços geopolíticos de Pernambuco

Fonte: Pernambuco, 2009.

Os municípios que compreendem a zona da mata norte são: Aliança, Bueno Aires, Camutanga, Carpina, Chã de Alegria, Condado, Ferreiro, Glória de Goitá, Goiana, Itambé, Itaquitinga, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Macaparana, Nazaré da Mata, Paudalho, Timbaúba, Tracunhaém e Vicência. Já a zona da mata sul é composta pelos seguintes municípios: Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Cortês, Catende, Escada, Gameleira, Joaquim Nabuco, Jaqueira, Maraiá, Pombos, Primavera, Palmares, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, Sirinhaém, São José da Coroa Grande, São Benedito do Sul, Tamandaré, Vitória de Santo Antão e Xexéu (AGÊNCIA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO E PESQUISAS DE PERNAMBUCO, 2009).

## 2.2. A Esquistossomose no Município de Tracunhaém

O município de Tracunhaém está localizado na mesorregião da Mata Pernambucana, tendo uma área total de 141.67 Km<sup>2</sup>, Latitude 07° 48' 17" sul e Longitude 35° 14' 24" oeste, e encontrando-se a uma altitude de 120m acima do nível do mar (PROMATA, 2009). A população estimada é de 12,394 habitantes. As



famílias vivendo em situação de vulnerabilidade social estão em sua maioria, na Zona Rural ou na periferia da Zona Urbana (PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA ZONA DA MATA, 2009).

A ação do programa do controle da esquistossomose em Tracunhaém apresenta registros desde janeiro de 2003. De janeiro de 2003 a setembro de 2009 foi evidenciada positividade de 11,64% no município (BRASIL, 2009). A tabela abaixo evidencia o número de exames realizados, positivos e o percentual de positividade por anos trabalhados no município.

Ano trabalhado	Nº de exames realizados	Nº de exames positivos	% positividade/ano
2003	2884	435	15,08
2004	1852	80	4,31
2005	1003	310	30,90
2006	2134	323	15,13
2007	2752	221	8,03
2008	2219	114	5,13
2009	602	83	13,78
Total	13446	1566	11,64

Tabela 1- Distribuição do número de exames realizados, exames positivos e percentual de positividade, segundo ano trabalhado. Tracunhaém 2003-2009, Pernambuco.

Fonte: Sinan/net, SMS. Tracunhaém.

Neste período, observou-se uma oscilação na positividade, isto pode ser resultado das áreas trabalhadas nos referidos anos terem positivities distintas, as seguintes localidades na zona rural: Engenho Abreus, Açude Grande, Açudinho, Água Verde, Bom Recreio, Brilhante, Bringas, Calumbi, Cancela, Caraú, Cerâmica São Joaquim, Cotunguba, Encruzilhada, Engenho Gambá, Gutiubinha, Juá, Massagana, Fazenda Olho d' água, Penedo Velho, Pontezinha, Primavera, Progresso, Saguim, São Pedro, Taquara, Trapuá, Belo Oriente, e a área urbana de Tracunhaém. Dentre estas, a que apresentou maior percentual de positividade foi Belo Oriente.

Até 2006, as atividades de campo eram desenvolvidas com apoio dos agentes de endemias da FNS, cedidos a Secretaria Estadual de Saúde de

Pernambuco mantendo, ainda, as características do PECE. Porém, a partir de 2007, as atividades foram assumidas pela secretaria de saúde municipal.

Sendo assim, diante dos dados acima apresentados, pode-se afirmar que a esquistossomose é um dos principais problemas de saúde pública do município, ao lado de doenças como dengue, tuberculose e hanseníase.

### 2.3 Evolução do Controle da Esquistossomose Segundo os Modelos de Atenção à Saúde no Brasil

Modelo de atenção à saúde são estratégias de organização de serviços de saúde, de modo que se moldam para atender necessidades de saúde da população, a partir de uma situação detectadas. Ao longo do tempo percebem-se diversas mudanças na forma de proporcionar saúde a população brasileira. No início do século XX, identifica-se o modelo sanitarista, que tinha como objetivo o combate às doenças que ameaçavam o modelo econômico agrário-exportador, então vigente. Este modelo, que foi implantado sob a rubrica do sanitarista Oswaldo Cruz, concebido dentro de uma visão militar com o objetivo de combater as epidemias que ameaçavam os interesses do então modelo econômico agrário-exportador, tornou-se hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva. Mais tarde, incorporou a educação sanitária, inovando o modelo campanhista que era puramente fiscal e policial passando a chamar-se Sanitarismo Campanhista, que predominou até o início dos anos 60 (MENDES, 1998).

Na década de 20 foram implantadas as caixas de aposentadoria e pensões que ofereciam “saúde” atrelada à previdência social. Estas foram substituídas pelos institutos de aposentadoria e pensões na década 30, até chegar no unificado Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAPS) na década de 70 (ANDRADE, 2000). A evolução das CAPs para INAMPS favoreceu o surgimento de um modelo excludente, denominado médico-assistencial-privatista, que oferecia saúde para quem podia pagar. Este modelo era centrado na demanda espontânea e tinha características curativistas, comprometendo o atendimento integral da população e não apresentando impacto sobre o nível de saúde da mesma (PAIM, 2008a).

Levando em conta as condições favoráveis para a manutenção da esquistossomose no Brasil já nesta época, que expunham a população à ocorrência

de formas clínicas graves nas repetidas reinfecções, deixando o indivíduo sujeito a altas cargas parasitárias, e assim, classificando a esquistossomose como uma parasitose de grande transcendência (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998), era imprescindível a realização de ações de controle sistemáticas e regulares da doença em áreas conhecidas como endêmicas para evitar a ocorrência das formas graves da esquistossomose (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

Diante desta necessidade, foram implementadas, na década de 70 e, portanto, na vigência dos modelos sanitaria e médico assistencial privatista, pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), medidas regulares no controle da esquistossomose, que apresentaram resultados bastantes impactantes no que diz respeito à redução da prevalência, como também, na intensidade das infecções humanas. Nesta época, o combate à esquistossomose tinha como objetivo principal o controle da transmissão através do diagnóstico de doentes e do tratamento em massa (BRASIL, 2008).

Sendo assim, a partir desse momento, passou-se a realizar, continuamente, no Brasil, Inquéritos coproscópicos, com o objetivo de subsidiar a execução das medidas de controle (CARMO, 1994), através do programa especial de controle da esquistossomose (PECE). Este programa tinha como forte característica a centralização e a desarticulação das ações com os estabelecimentos de saúde, resultado do modelo então vigente, e vinha com perspectiva de controle da endemia no país através do tratamento em massa (tratamento de portadores e de familiares ou mesmo de toda a população) (CARMO, 1994; PAIM, 2008a).

Na década de 80, o PECE perdeu as características de programa especial, tornando-se um programa de rotina do Ministério da Saúde, mudando a terminologia para Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), mantendo, porém, as características centralizadas e verticalizadas das ações. No entanto, verificou-se neste momento a participação de outros órgãos de saúde pública na execução de atividades de controle como o INAMPS e a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública- FSESP. As ações de controle englobavam a realização de inquéritos na faixa de 7 a 14 anos e a adoção da localidade, e não mais do município, como unidade epidemiológica, permitindo-se assim, a melhor adequação das ações às diferentes realidades (FAVRE et al, 1997).

A inclusão destas novas estratégias de controle da esquistossomose coincide com o momento de crise pelo qual passava o Brasil, que saía da ditadura rumo à

redemocratização. Nessa conjuntura era promulgada a Constituição de 1988, onde se garantia a saúde como direito de todos e dever do Estado. Criava-se, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, cujas diretrizes são a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (PAIM, 2006b). Desde os anos 90, instrumentos legais como a Lei nº 8080/90 e 8142/90, as normas operacionais básicas em 1991, 1992, 1993 e 1996 e as Normas operacionais de Assistência à saúde em 2001 e 2002 foram criadas para normatizar o processo organizacional do SUS no que refere principalmente à proposta de descentralização das ações, estabelecendo as atribuições e competências de cada nível federativo, favorecendo as estruturas estaduais e municipais no que diz respeito a oferta de serviços mais adequadas à população local (BRASIL, 2010). Dentro desta conjuntura, dever-se-ia considerar o conceito de análise da situação de saúde como premissa para um planejamento adequado das ações de cuidado com a saúde.

Para Bodstein (2002):

A década de 1990 é marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. A esfera municipal, em particular, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. A responsabilização crescente dos municípios com a oferta e com a gestão dos serviços de saúde no começo da nova década é uma realidade inquestionável. De fato, a esmagadora maioria dos municípios brasileiros assume, a partir de 1998, a implementação da agenda setorial. Tais municípios compõem um cenário fragmentado e de grande diversidade, considerando as imensas desigualdades sociais, regionais e intra-regionais, traço indiscutível da realidade brasileira.

Nesse sentido, não era mais concebível que os programas de saúde, dentre eles o PCE, fossem operacionalizadas dentro da lógica vertical e centralizada, herdada da extinta SUCAM, o que culminou na descentralização das ações de controle da esquistossomose para Estados e Municípios, através da Portaria Nº 1399/99.

Ainda assim, na década de 90, era mantido o PCE no que diz respeito às suas principais diretrizes operacionais, mas eram acrescentadas outras ações (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998), visando adequar o controle da endemia às necessidades locais. Destaca-se a delimitação epidemiológica, através da qual reúnem-se dados sobre morbidade (através de inquéritos coproscópicos amostrais), dados geográficos, distribuição da população humana, hospedeiros intermediários, entre outros, que fomentam o mapeamento da distribuição da doença nas

localidades a serem trabalhadas. A função desta atividade na área endêmica é classificar as áreas a serem trabalhadas de acordo com a prevalência encontrada em cada localidade: baixa, <25%; média, 25-50% e alta > 50% (FNS, 1998).

Partindo dessa atividade, são escolhidas as localidades mais problemáticas visando à realização dos inquéritos coproscópicos censitários, que objetivam diagnosticar e tratar os doentes de uma determinada área, quebrando-se assim, o ciclo de transmissão (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998). Com o conhecimento das prevalências das áreas trabalhadas, o tratamento é feito de acordo com as seguintes recomendações do Ministério da Saúde (MS): Prevalência <25%: tratar apenas os positivos; Prevalência  $\geq 25\%$ <50%: tratar os casos positivos e conviventes do domicílio com registros dos casos positivos e Prevalência  $\geq 50\%$ : tratar a população geral da localidade (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998). Este órgão também recomenda uma cobertura de tratamento >80% (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

O controle do hospedeiro também faz parte do PCE, com objetivo de impedir o desenvolvimento e a manutenção das populações de moluscos. Este controle era feito através de métodos físicos, biológico até a década de 80, mas, atualmente, é feito através de medidas sanitárias eficientes, que incluem obras de engenharia sanitária como aterros, drenagens e a retificação de criadouros de caramujo que podem, em muitos casos, representar a solução definitiva para a endemia em determinada localidade (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

O uso da ferramenta da educação em saúde e comunicação também é colocada como indispensável para prevenção e controle da esquistossomose. A mobilização de gestores, técnicos e população usuária são imprescindíveis para alcançar êxito no controle da esquistossomose (BARBOSA et al., 2008)

Também passou a compor o elenco de atividades do PCE a criação de um banco de dados, a partir da década de 90, que concentra informações coletadas das atividades desenvolvidas pelo programa, permitindo conhecer e dimensionar a magnitude da endemia e fornecer elementos para o planejamento das ações de controle e isso foi possível com a criação do Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE) (BARBOSA et al, 2008).

Vale salientar que estas atividades de controle, após a descentralização, vem sendo, historicamente, realizadas pelas equipes de vigilância dos municípios. No entanto, a partir de 2004, com a portaria Nº 1.172, visando ao avanço na

descentralização das ações, foi preconizado que as equipes de Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programas de Saúde da Família (PSF) deveriam incorporar, em suas atividades diárias, as ações de epidemiologia e controle de doenças. Sendo assim, não somente o setor de vigilância deveria realizar ações de controle, mas também as equipes de PACS/PSF.

Visando nortear a realização das atividades de vigilância e controle da esquistossomose pelas equipes de PACS/PSF, foi publicado, em 2008, o Caderno de Atenção Básica nº 21. Neste caderno estão contempladas as ações que cabem a cada profissional da atenção básica no tocante à esquistossomose, sendo que, ao ACS cabe, dentre outras atribuições, a distribuição de recipientes de coleta de material para exame parasitológico de fezes, atividade que era tradicionalmente realizada pelos Agentes de Controle de Endemias. Isso exige esforço por parte das equipes no sentido de rearranjar suas atividades e adequá-las às diretrizes vigentes.

Ainda com o objetivo de potencializar o processo de descentralização, fortalecendo Estados, Distrito Federal e Municípios no exercício do papel de gestores da Vigilância em Saúde, e considerando a necessidade de adequar as ações de controle da esquistossomose à realidade local visando, dentre outros objetivos, a integralidade das ações, foi promulgada em 2009 a portaria nº 3.252, que preconiza, dentre outras coisas, que as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate a Endemias - ACE serão desempenhadas de forma integrada e complementar.

Em Pernambuco, a descentralização das ações de controle da esquistossomose ocorreu no período entre 1999 e 2000, e desde este tempo as ações vem sendo realizadas nos Municípios endêmicos. Vale comentar que, apesar de ser uma diretriz do SUS, a descentralização chegou para os municípios num momento em que os mesmos não apresentavam condições estruturais e organizacionais para executar com afinco as ações de esquistossomose. Esta descentralização representou como visto a incorporação de um grande número de atores nesse processo, por vezes sem o mínimo de capacitação necessária para o trabalho nesse campo (LUNA, 2002).

### 3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Os serviços de saúde têm suas avaliações baseadas em julgamentos individuais dos profissionais e usuários. Mas, as fortes pressões sociais vêm mudando essa realidade e contribuindo para que haja avaliações sistemáticas das ações de saúde na racionalidade das intervenções setoriais.

A avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade (PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE, 2009).

A sociedade cada vez mais, exige um melhor atendimento. Nesse contexto, esta exigência torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial (PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE, 2009).

A avaliação em saúde deve abordar fatores como processos organizacionais, estruturais, impacto assistencial e satisfação do usuário. Esses fatores devem ser analisados em conjunto, e incidem diretamente na qualidade do serviço prestado. Contudo as avaliações sistemáticas ainda é um grande desafio, principalmente no Brasil.

No Nordeste, a avaliação em saúde é uma prática, ainda, incipiente, com características de atividade burocrática ou de caráter fiscalizador, punitivo, e, portanto, pouco utilizada como instrumento para tomada de decisão por gerentes e gestores de saúde (INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO, 2009).

A gestão e avaliação de políticas, programas, projetos e serviços de saúde se constituem em desafios permanentes para a melhoria continua das ações e dos resultados, por aqueles que atuam no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO, 2009).

Avaliação dos processos de descentralização das ações de saúde como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde e a implantação de políticas públicas com o impacto de ações de atenção primária possibilita aos gestores dados que fortalecem a definição de estratégias de intervenção e reorientação de práticas nas atividades de saúde, bem como fornece subsídios para uma estimativa do impacto esperado de determinadas práticas (MATUS, 1987).

Sendo assim, é bastante significativa a reorganização das práticas de saúde com definição de estratégias sintonizadas de avaliação de modelos capazes de monitorar as atividades de saúde com relação às necessidades de da população, bem como, avaliar as advindas modificações ocorridas nos níveis de saúde da mesma (SILVA; FORMIGLI, 1994).

As definições de avaliação são numerosas. No entanto, há um conceito em torno do qual há um amplo consenso: *Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.* Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Qualquer intervenção pode ser objeto de um processo avaliativo. Por implantação entende-se a transferência, em nível operacional, de uma intervenção (PATTON, 1987; TORNATZKY; JONHSON, 1982). Uma intervenção é constituída pelo conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática e caracteriza-se por cinco componentes: objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto preciso em um dado momento (CONTRANDIOPULOS, 1997).

Sendo assim, o PCE se caracteriza como uma intervenção, pois se trata de um programa com objetivos e metas bem definidos, que utiliza recursos humanos, financeiros, materiais e simbólicos para agir em situações problemáticas, como a manutenção das taxas de prevalência da esquistossomose. Para avaliá-lo, nesta pesquisa, será utilizada a avaliação normativa.

### 3.1 Avaliação Normativa

Avaliação Normativa é atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção a partir de critérios e normas. Tem como objetivo comparar os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos (CONTRANDIOPOULOS et al., 1997).



Apreciação da Estrutura responde à questão “em que medida os *recursos* são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados?”. A Estrutura é representada por características relativamente estáveis (ferramentas, recursos disponíveis, contexto físico e organizacional). Os recursos da intervenção são comparados com critérios e normas correspondentes (CONTRANDIOPOULOS et al, 1997).

Apreciação do Processo responde à questão “em que medida os *serviços* são adequados para atingir os resultados esperados”? Pode-se, ainda, medir o GI de uma intervenção. Segundo Denis e Champanhagne (1997), grau de implantação é a “contribuição dos componentes de estrutura e processo verdadeiramente implantados do programa na produção dos efeitos”. A avaliação do Grau de Implantação configura-se, portanto, nesta pesquisa, em uma importante ferramenta que permite verificar o quanto as atividades de controle da esquistossomose estão implantadas, na atenção básica e na vigilância em saúde do município de Tracunhaém, considerando a normatização vigente.

#### **4 PERGUNTA CONDUTORA**

O programa de controle da esquistossomose está implantado conforme normatização do Ministério da Saúde no município de Tracunhaém, considerando o princípio da integralidade das ações?

## 5 OBJETIVOS

Avaliar o grau de implantação do programa de controle da esquistossomose (PCE) no município de Tracunhaém.

### 5.1 Objetivos Específicos

- a) Medir a implantação dos componentes estrutura e processo do Programa de Controle da Esquistossomose dentro das equipes de saúde da família no município de Tracunhaém;
- b) Medir a implantação dos componentes estrutura e processo do Programa de Controle da Esquistossomose dentro da vigilância em saúde no município de Tracunhaém;
- c) Calcular o Grau de Implantação do PCE em seus componentes de estrutura e processo, considerando a realização das atividades pelas equipes de saúde da família e pela equipe de vigilância em saúde no município de Tracunhaém.

## 6 MÉTODO

### 6.1 Desenho do Estudo

O modelo utilizado para o estudo é do tipo avaliativo, que incorpora a avaliação normativa em seus componentes de estrutura e processo. A avaliação normativa, para Contrandiopoulos et al, (1997) é aquela que faz um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas. Este tipo de avaliação se apoia no postulado de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção (ROSSI; FREEMAN, 1985).

Neste estudo será realizada uma avaliação normativa das ações de controle da esquistossomose visando estabelecer o grau de implantação do PCE, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura) e os serviços produzidos (processo), de acordo com critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Os componentes da estrutura e processo serão avaliados e o grau de implantação será medido.

### 6.2 Modelo Lógico e Matriz de Critérios e Normas

O modelo lógico é uma importante ferramenta na realização de uma avaliação normativa é a construção do modelo lógico (MEDINA et al, 2005), definido como esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados (ROWAN, 2000). Para Medina et al, (2005), a partir do modelo lógico, se faz necessário, ainda, o desenho de uma matriz que apresente os critérios/ indicadores e parâmetros que serão utilizados, bem como as fontes de informação a serem consideradas.

Nesta pesquisa foram utilizados como base o modelo lógico do PCE desenhado por Quinino et al, (2009) (FIGURA 1) bem como a matriz de critérios e normas (QUADRO 1) utilizada no mesmo estudo, sendo ambos adaptados aos objetivos deste estudo. Outra matriz foi criada, no decorrer do estudo, para avaliação detalhada do componente atenção básica (QUADRO 2).

## 6.3 Área de Estudo

### 6.3.1 Caracterização do Município de Tracunhaém

O município de Tracunhaém está localizado na mesorregião da Mata Pernambucana, microrregião da mata setentrional Pernambucana, tendo uma área total de 116,659 Km<sup>2</sup>, Latitude 07° 48' 17" sul e Longitude 35° 14' 24" oeste, encontra-se a uma altitude de 120m acima do nível do mar, banhado pela bacias hidrográficas Rio Goiana e Capibaribe, à 63 Km da capital (AGÊNCIA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO E PESQUISAS DE PERNAMBUCO,2009). Foi distrito de Nazaré da Mata e em 20/12/1963 tornou-se município pelo decreto-lei estadual nº 952 (PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA ZONA DA MATA, 2008).

Segundo o IBGE A população em 2000 é de 12.394 habitantes sendo 76,2% da área urbana e 23,8% da área rural (AGÊNCIA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO E PESQUISAS DE PERNAMBUCO, 2009). As famílias em situação de mais vulnerabilidade social estão em sua maioria, na Zona Rural ou na periferia da Zona Urbana. Ao norte faz limite com o município de Nazaré da mata, ao sul com Paudalho, ao leste com Itaquitinga e Araçoiaba, e ao oeste com Carpina (PROMATA, 2008). A principal atividade econômica está na agroindústria e artesanato de cerâmica de barro e madeira. Quanto o abastecimento de água 67% dos domicílios utilizam rede de abastecimento, 20,78% utilizam água de poço e 12,18% outras forma de abastecimento (nascentes, açudes, entre outros) (BRASIL,2009).

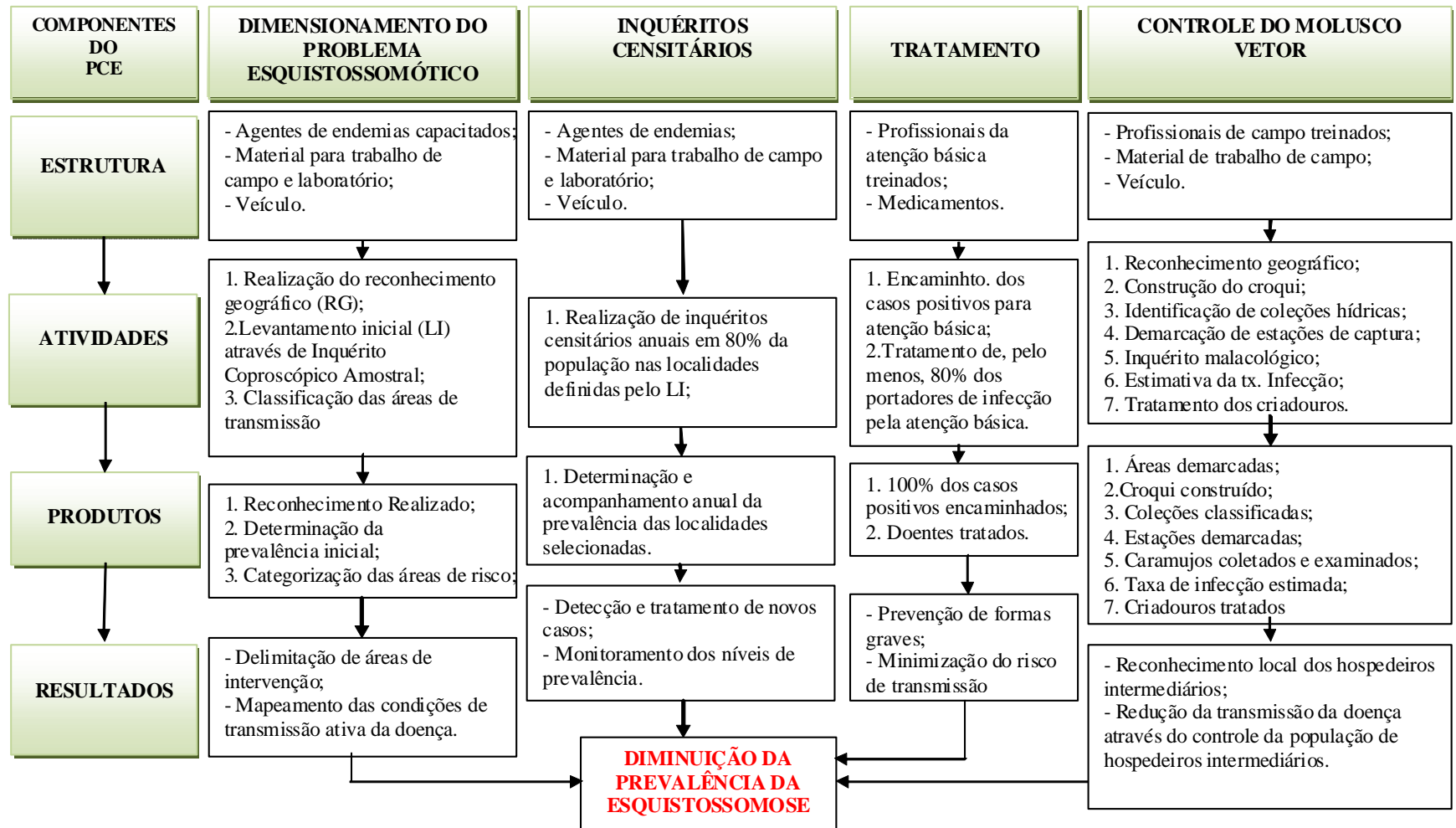


Figura 1 - Modelo lógico do PCE. (Continua). Fonte: Quinino et al, 2009.

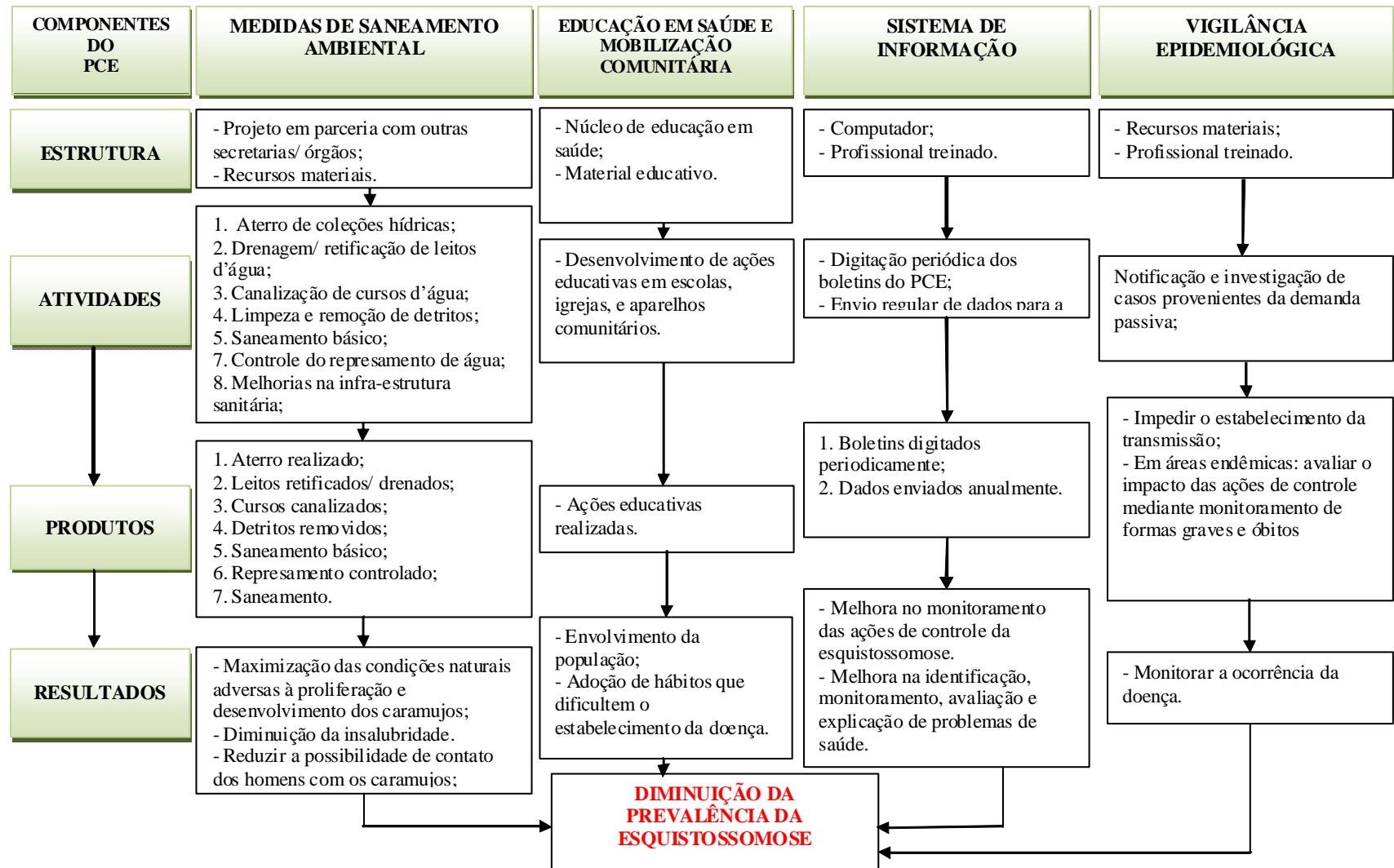


Figura 1 - Modelo lógico do PCE. (Conclusão). Fonte: Quinino et al, (2009).

CATEGORIA DE ANÁLISE (DIMENSÃO)	SUB-CATEGORIA (COMPONENTE)	CRITÉRIO/ INDICADOR	PADRÃO	FONTE
ESTRUTURA	Equipe de trabalho	Equipe para realização das ações de controle da esquistossomose	1 coordenador;  1 motorista;  1 ASA/ 60 casas/dia;  1 técnico de laboratório 50 exames/ dia;  1 auxiliar de laboratório 100 lâminas/ dia;  1 equipe exclusiva de educação em saúde ou existência de profissional, dentre os existentes, devidamente treinado para atuar com educação em saúde;  1 digitador;	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
	Recursos Materiais	Materiais para realização de exames coprocópicos (materiais existentes <i>versus</i> exames restantes)	Existência de potes, etiquetas, tela de nylon, verde malaquita, papel celofane, palhetas, lâminas, laminulas, peso-medida e microscópio em quantidade suficiente para realização dos exames previstos	- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Veículo à disposição do PCE	Existência de veículo disponível para ações de controle da esquistossomose	- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007;
		Materiais para ações de controle do molusco vetor	- Material de trabalho de campo (concha, pinças, microscópio); - EPI (luvas e botas) em número suficiente; - Carta planorbídica.	- BRASIL, 2008c.

Quadro 1 - Matriz de categorias e subcategorias de análise, indicadores, e padrões preconizadas para a realização das ações do PCE no nível local na vigilância em saúde (continua...)



CATEGORIA DE ANÁLISE (DIMENSÃO)	SUB-CATEGORIA (COMPONENTE)	CRITÉRIO/ INDICADOR	PADRÃO	FONTE
		Medicamentos (Praziquantel) em quantidade suficiente	- Praziquantel em quantidade suficiente (prev. estimada X 6);	
		Computador com SISPCE instalado	- SISPCE (computador com programa instalado)	
		NESMS	- NESMS implantado e funcionando; - Existência de material educativo.	
	Cobertura de habilitação profissional	Proporção de gestores/ gerentes treinados (gestores treinados / existentes x 100)	100% dos gestores treinados	- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998;
		Proporção de ASA treinados(ASA treinados / existentes x 100)	100% dos ASA treinados	- MINISTÉRIO DA SÚDE, 2007;
		Proporção de prof. da atenção básica treinados (Prof. treinados/ existentes X 100)	100% dos prof. da atenção básica das áreas endêmicas (médicos, enfermeiros, ACS) treinados	
		Proporção de digitadores treinados (digitadores treinados/ existentes X 100)	100% dos digitador(es) treinado(s)	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Proporção de prof. de laboratório treinados (treinados/ existentes X 100)	100% dos prof. de laboratório (laboratoristas e auxiliares de laboratório) treinados	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Proporção de prof. de educ. em	100% dos prof. de educação em saúde treinados	FUNDAÇÃO NACIONAL

Quadro 1 - Matriz de categorias e subcategorias de análise, indicadores, e padrões preconizadas para a realização das ações do PCE no nível local na vigilância em saúde (continua...)

CATEGORIA DE ANÁLISE (DIMENSÃO)	SUB-CATEGORIA (COMPONENTE)	CRITÉRIO/ INDICADOR	PADRÃO	FONTE
		saude treinados (prof. treinados/ existentes X 100)		DE SAÚDE, 1998
<b>PROCESSO</b>	Delimitação epidemiológica	Mapa mostrando as áreas de transmissão ativa da esquistossomose	Inquérito realizado pelo próprio município em proporção representativa da população para mapear as áreas de risco	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
	Inquéritos coprocópicos censitários	Ações de planejamento	- Planejamento das ações seguindo critérios epidemiológicos e ambientais;	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Cobertura (nº de exames realizados numa localidade/ população x 100)	- Realização de inquérito em 80% ou mais da população da localidade escolhida;	
		Proporção de perda de amostras (amostras perdidas/ potes distribuídos x 100)	Perda de menos de 20% das amostras;	
		Intervalo para realização dos inquéritos	- Intervalo máximo de dois anos para realização entre inquéritos numa determinada área	
	Quantidade de exames proposta pela SES (meta)	- O município deve, ao menos, realizar o número mínimo de exames proposto pela SES.	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998	
	Tratamento de positivos	Cobertura de tratamento (Nº de pessoas positivas tratadas / Total de pessoas positivas x 100)	Tratamento de 80% ou mais dos positivos;	- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
Fluxo de atendimento de pacientes		- Encaminhamento dos doentes; - Garantia de coproscopia de controle		

Quadro 1 - Matriz de categorias e subcategorias de análise, indicadores, e padrões preconizadas para a realização das ações do PCE no nível local na vigilância em saúde (continuação)

CATEGORIA DE ANÁLISE (DIMENSÃO)	SUB-CATEGORIA (COMPONENTE)	CRITÉRIO/ INDICADOR	PADRÃO	FONTE
				- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007;
	Controle do molusco vetor	Taxa de infecção de moluscos	- Taxa de infecção de moluscos vetores determinada,	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Estações de captura	- Existência de estações de captura;	
		Ações de controle do molusco vetor	- Existência ações de controle de moluscos vetores.	
	Medidas de saneamento ambiental	Ações de saneamento visando ao controle da doença	- Existência de ações de saneamento ambiental realizadas pelo próprio município, visando ao controle da esquistossomose: aterro de coleções hídricas, drenagem de leitos de água, etc.	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
	Educação em saúde e mobilização comunitária	Atividades de educação em saúde em escolas, associações, etc.	- Existência de atas comprovando a realização de reuniões com a comunidade; - Existência de parcerias com organizações Não Governamentais (ONGs), associações comunitárias, etc;	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
	SISPCE	Envio rotineiro de dados	Existência de série ininterrupta de dados das ações de rotina no SISPCE regional/ estadual	MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007;
		Acompanhamento de casos da demanda passiva	Digitação de casos provenientes da demanda passiva no formulário da rede básica	
	Vigilância epidemiológica	Notificação de casos graves no SINAN e investigação de casos graves/ óbitos	Existência de investigação de casos graves e óbitos por esquistossomose	MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007;
			Notificação dos casos graves no SINAN	

Quadro 1 - Matriz de categorias e subcategorias de análise, indicadores, e padrões preconizadas para a realização das ações do PCE no nível local na vigilância em saúde (continuação)

<b>CATEGORIA DE ANÁLISE (DIMENSÃO)</b>	<b>SUB-CATEGORIA (COMPONENTE)</b>	<b>CRITÉRIO/ INDICADOR</b>	<b>PADRÃO</b>	<b>FONTE</b>
<b>PROCESSO)</b>	Indicadores de cobertura	Proporção da população trabalhada no município desde a implantação do PCE	Pelo menos 80% da população trabalhada	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Proporção de amostras perdidas	Perda de menos de 20% das amostras entregues	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Proporção de tratados	Pelo menos 80% dos doentes tratados	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Proporção de anos onde foram enviados dados para a SES	O envio deve ser anual (100%)	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998

Quadro 1 - Matriz de categorias e subcategorias de análise, indicadores, e padrões preconizadas para a realização das ações do PCE no nível local na vigilância em saúde.

Fonte: Quinino et al., 2009. (conclusão).

CATEGORIA DE ANÁLISE (DIMENSÃO)	SUB-CATEGORIA (COMPONENTE)	CRITÉRIO/ INDICADOR	PADRÃO	FONTE
ESTRUTURA	Equipe de trabalho	Equipe na unidade de saúde para realização de tratamento dos indivíduos acometido pela esquistossomose	1 médico; 1 enfermeiro; 1 ACS/ 150 famílias ; 1 tec/aux de enfermagem;	Ministério da Saúde. Caderno 21, 2008
PROCESSO	Profissional de Nível Médio	Identificação e acompanhamento dos pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação dos casos suspeitos;</li> <li>-Encaminhamento dos casos para PSF;</li> <li>-Supervisão do tratamento;</li> <li>-Distribuição de potes e recolhimento das amostras;</li> <li>-Entrega dos resultados dos exames;</li> <li>-Realização de educação em saúde na rotina de trabalho;</li> <li>-Informar ao supervisor do ACS a existência de criadouros de caramujo;</li> <li>-Agendar o controle de cura.</li> </ul>	Ministério da Saúde. Caderno 21, 2008

Quadro 2 - Matriz de categorias e subcategorias de análise, indicadores, e padrões preconizadas para o controle da esquistossomose no nível local da atenção básica (continua...)

CATEGORIA DE ANÁLISE (DIMENSÃO)	SUB-CATEGORIA (COMPONENTE)	CRITÉRIO/ INDICADOR	PADRÃO	FONTE
	Profissional de nível superior	Diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos portadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnóstico da doença;</li> <li>-solicitação de exames pertinente a doença;</li> <li>-conhecimento da contra-indicação do tratamento;</li> <li>-Notificação dos casos;</li> <li>-Orientação dos ACS para acompanhamento dos casos;</li> <li>-Encaminhar os casos graves para referencia;</li> <li>-Realizar tratamentos dos casos positivos</li> </ul>	Ministério da Saúde. Caderno 21, 2008

Quadro 2. Matriz de categorias e subcategorias de análise, indicadores, e padrões preconizadas para o controle da esquistossomose no nível local no âmbito da atenção básica. (conclusão).

Fonte: Adaptado de Quinino, 2010.

De acordo com Departamento de informática do SUS (2009), 88 residências usam a rede geral de esgoto, 2229 fazem uso de fossa rudimentar ou sépticas, 57 despejam o esgoto em valas e 51 diretos no rio. Esse descarte irregular dos dejetos são fatores importantes para a prevalência da doença no Município.

Na situação de saúde o município faz parte da gestão plena de atenção básica. Atualmente, possui um hospital de média complexidade e 5 (cinco ) equipes de PSF com 100% cobertura.

#### 6.4 Sujeitos da Pesquisa

Levando-se em conta a necessidade de conhecer como se encontra o funcionamento do PCE no âmbito municipal, considerando a necessidade de adequação das ações à proposta de integralidade entre vigilância e assistência, serão considerados os seguintes atores:

- a) Coordenador do Programa de Controle da Esquistossomose ou coordenador das endemias ou coordenador da vigilância em saúde: é aquele profissional que acompanha o andamento do programa e é co-responsável pelo planejamento e organização das ações de acordo com diretrizes do Ministério da Saúde;
- b) Equipe de saúde da família- composta dos seguintes atores:
  - b.1. Médico ou Enfermeiro: É o profissional que diagnóstica, acompanha e trata o paciente e orienta os agentes comunitários de saúde (ACS);
  - b.2. Agentes Comunitários de Saúde: É aquele que tem como atribuição identificar sinais e sintoma da doença e encaminha os casos suspeito a unidade de saúde, que acompanha os usuários em tratamento e mobiliza a comunidade para a problemática.

Serão entrevistados um total de 31 pessoas, sendo 5 médicos ou enfermeiros, 25 ACS e 1 coordenador de endemias/ PCE.

## 6.5 Categorias de Análise

As categorias de análise foram definidas a partir do modelo lógico, e são:

### 6.5.1 Estrutura na Vigilância em Saúde

Os parâmetros avaliados na estrutura estão contemplados no modelo lógico e na matriz de critérios:

a) Equipe de trabalho: será verificada a existência de coordenador, motorista, laboratorista, educadores em saúde, digitadores, médicos, enfermeiros e ACS;

b) Recursos materiais: São todos os materiais necessários ao funcionamento do programa. Incluem os Kits de diagnóstico Kato-Katz, veículo, mapas e croquis contendo informações sobre coleções hídricas existentes e percentuais de positividade, material para ações de malacologia (conchas, coletores e potes), computador, material educativo, Núcleo de Educação em saúde e Mobilização Social (NESMS) implantado (BRASIL, 2009b, 2009c);

### 6.5.2 Processo na Vigilância em Saúde

Para avaliação do processo, levar-se-ão em consideração as organizações e práticas requeridas para cada componente do PCE explicitado no modelo lógico, necessários para realização das atividades de controle da esquistossomose.

#### 6.5.2.1 Delimitação epidemiológica

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



#### 6.5.2.2 Inquéritos coproscópico censitários

Será verificado se o município planeja as ações antes de se dirigir ao campo, se utiliza critérios epidemiológicos e ambientais para selecionar as áreas, se observa o cumprimento do intervalo de tempo máximo (2 anos) entre a realização de inquéritos em uma área, se cobre áreas urbanas e rurais, se utiliza mecanismos visando diminuir a perda de potes, se cumpriu a meta proposta pela SES no último ano (2008) e se, durante todos os anos em que trabalhou, o total (somatório) de exames realizados foi equivalente a pelo menos 80% da população rural do município;

#### 6.5.2.3 Tratamento dos casos positivos

Serão verificadas as dificuldades para encaminhamento de doentes para tratamento pelo médico da equipe de PACS/PSF e se o município refaz o diagnóstico para verificação de cura nos pacientes que foram tratados.

#### 6.5.2.4 Controle do molusco vetor

Será verificado se o município realiza coleta periódica de caramujos e se o mesmo realiza demarcação de estações de captura.

#### 6.5.2.5 Medidas de saneamento

Será verificado se o município já realizou alguma medida de saneamento visando o controle da esquistossomose.

#### 6.5.2.6 Educação em saúde

Será verificado se o município realiza atividades educativas com a comunidade e se existe parceria com algum órgão comunitário (igrejas, escolas, etc.).

### 6.5.2.7 Sistema de Informações sobre o Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE)

Este componente será avaliado sob dois aspectos: (1) constatação de se o SISPCE encontra-se implantado em sua versão atual e (2) se os casos provenientes da demanda passiva estão sendo notificados na Ficha de Notificação de casos provenientes da atenção básica e, por sua vez, se estas estão sendo digitadas no SISPCE;

### 6.5.2.8 Vigilância epidemiológica

Será verificado se há notificação de casos provenientes da demanda passiva no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN) e se há investigação de casos graves/ óbitos.

### 6.5.2.9 Indicadores de cobertura

Para finalizar a avaliação do processo, será necessário montar indicadores para avaliar a cobertura de algumas atividades:

- a) Percentual médio de localidades da área endêmica trabalhadas por município/ ano: esse indicador tem o objetivo de acompanhar a cobertura das localidades cadastradas. Para seu calculo foi considerado no numerador o número médio de localidades trabalhadas multiplicadas por 100 e no denominador o total de localidades cadastradas.

$$\% \text{ de localidades trabalhadas} = \frac{\text{média localidade trabalhada por ano} \times 100}{\text{número total de localidade cadastrada}}$$

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

$$\% \text{ médio de amostras clínicas recolhidas} = \frac{\text{Coletores recolhidos} \times 100}{\text{potes entregues}}$$

c) Cobertura média de tratamento: este indicador verifica o percentual médio de pessoas tratadas.

$$\text{Cobertura média de tratamento} = \text{Tratados} \times 100 : \text{doentes}$$

d) Periodicidade do fluxo da informação: este indicador objetiva ver o percentual de anos em que foram enviados dados do SISPCE municipal para a SES/PE.

$$\text{Periodicidade da informação} = \text{Total de anos em que foram enviados dados} \times 100 : \text{total de anos trabalhados}$$

### 6.5.3 Estrutura na Atenção Básica

Nesta etapa foi avaliado a categoria de equipe de trabalho de acordo com a matriz de critérios e normas:

a) Equipe de trabalho: será verificada a existência de médico, enfermeiro, aux. de enfermagem e ACS, bem como se são treinados para diagnóstico e tratamento da esquistossomose

### 6.5.4 Processo na Atenção Básica

Para avaliação do processo na Atenção Básica foi considerado o conhecimento da equipe de saúde referente ao PCE tanto a nível superior como no nível médio, no que diz respeito o que de competência desta no PCE, conforme explicitado no quadro 2.

### 6.5.5 Grau de Implantação

Para medição do GI do PCE, será utilizado um sistema de escores no qual cada item da dimensão estrutura e da dimensão processo tanto na atenção básica quanto na vigilância em saúde, receberão uma pontuação específica, de acordo com a relação que cada item possui com o controle da esquistossomose, de modo que o somatório dos pontos na dimensão estrutura e processo serão equivalente a 100

pontos tanto na vigilância quanto atenção básica, para posterior construção de um indicador composto, o grau de implantação.

## 6.6 Coleta de Dados

Para avaliação do GI em seus componentes estrutura e processo, será utilizado o formulário estruturado para medição do GI do PCE nas instâncias municipais, elaborado por Quinino et al, (2009) (ANEXO 1), a partir do modelo lógico e da matriz de critérios e normas, o qual será aplicado ao coordenador do PCE ao município do estudo. Além deste, outros formulários foram elaborados a partir do quadro 2, visando medir o GI do PCE nas equipes de Saúde da Família, sendo um (ANEXO 2) destinado aos profissionais de nível superior (enfermeiro ou médico) e outro (ANEXOS 3) destinado aos ACS. A coleta dos dados primários será realizada por meio de entrevista dirigida e os dados secundários serão coletados a partir da análise dos relatórios das atividades de coproscopia e tratamento, emitidos do Sistema de Informações Sobre o Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE), bem como da análise de documentos e da observação sistemática.

## 6.7 Análises dos Dados

### 6.7.1 Componente Vigilância em Saúde

A dimensão estrutura foi dividida em recursos humanos e materiais (Quadro 3). A avaliação dos componentes equipes de trabalho e recursos materiais foi feita a partir da atribuição de pontos usada para variáveis dicotômicas (para respostas sim ou não, existe ou não existe, etc.). O total de pontos possível para o componente equipe de trabalho será 55 pontos, e para o componente recurso materiais será 45 pontos, totalizando 100 pontos. O processo de pontuação pode ser visualizado no quadro 3.

A dimensão processo teve os seguintes componentes: delimitação epidemiológica, inquéritos coproscópicos censitários, tratamento de doentes, controle do molusco vetor, medidas de saneamento, educação em saúde, SISPCE, vigilância epidemiológica e atenção básica. Para cada um, será atribuída uma pontuação específica de modo que o somatório seja 80 pontos.

Para a avaliação dos indicadores de processo (Quadro 3), foram verificadas as seguintes proporções: proporção das localidades trabalhadas no município desde a implantação do PCE; percentual médio de amostras recolhidas; envio regular de dados do SISPCE municipal para a SES; casos de esquistossomose tratados. Para cada faixa de percentual atingido por cada indicador será atribuída uma pontuação com os pontos de corte: de 80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto. Como são quatro indicadores, o somatório máximo possível de ser atingido foi de 20 pontos. O total de pontos possível de ser atingido pela dimensão processo será, portanto, de 100 pontos (quadro 3).

Para cada dimensão, serão somados os pontos das variáveis dicotômicas mais aqueles provenientes dos indicadores, chegando-se a um total máximo de 100 pontos. Em seguida, será calculado o GI do PCE do município com relação à vigilância em saúde, onde a pontuação alcançada pela estrutura (E) recebeu peso quatro e pelo processo (p), peso seis. A fórmula para cálculo do GI é a seguinte:  $GI = E (x4) + P (x6) : 10$ .

A pontuação máxima (GI do PCE para a vigilância) possível de ser atingida para município será 100. A partir do estabelecimento de pontos de corte abaixo, será possível classificar o GI do PCE no âmbito da vigilância em saúde em três situações: implantado = 90 a 100 pontos; parcialmente implantado = 60 a 89 pontos e criticamente implantado < 59 pontos.

#### 6.7.2 Componente Atenção Básica

Para a avaliação do grau de implantação do PCE no elenco atenção básica, na dimensão estrutura, foi distribuída pontuação de acordo com importância do item para o controle da esquistossomose. Os dados foram consolidados através de pontos de corte atribuídos aos *percentuais de respostas positivas* para cada sub-componente, obtidas através dos questionários aplicados nos sujeitos desta pesquisa, de forma que o máximo de pontos atingidos para esta dimensão são 35 pontos (quadro 4).

Na dimensão processo, a pontuação na sub-categoria 'nível médio' foi obtida através do somatório de respostas positivas do questionário para cada subcomponente, onde esta foi dividida por 15, que foi o quantitativo de agentes entrevistados, e multiplicado por 100. Já para a sub-categoria 'nível superior' a

pontuação foi obtida da mesma forma do nível médio, porém foram dividida por 2, número de profissionais de nível superior participantes. Para cada percentual atingido foi definido o número de pontos de acordo com a importância de cada subcomponente no PCE (Quadro 4).

Desta forma, o GI na atenção básica será classificado em três situações: implantado = 90 a 100 pontos; parcialmente implantado = 60 a 89 pontos e criticamente implantado < 59 pontos.

### 6.7.3. GI do PCE no Município

O grau de implantação no Município foi obtido pela fórmula:

$$\text{GI Município: GI da Vigilância + GI da atenção Básica}/2$$

A pontuação máxima (GI do PCE) possível de ser atingida para município será 100. A partir do estabelecimento de pontos de corte abaixo, será possível classificar o GI do PCE em três situações: implantado = 90 a 100 pontos; parcialmente implantado = 60 a 89 pontos e criticamente implantado < 59 pontos.

## Vigilância em Saúde

CATEGORIA DE ANÁLISE (dimensão)	COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA DO COMPONENTE	JULGAMENTO	FONTE
Estrutura	RECURSOS MATERIAIS  45 pontos	Potes	02	( ) Sim – existência do item – recebe pontuação máxima;	Ministério da Saúde. Caderno 21, 2008.  Passos,A.F.C. et al, Controle da esquistossomose: Diretrizes e técnicas. Brasília, MS, FNS, 1998.
		Etiquetas marcadoras	02		
		Formulário PCE 101	02		
		Veículo	02		
		Mapa	02		
		Croqui	02		
		Laboratório Municipal	05		
		Material de laboratório	14		
		Praziquantel	02		
		Material Malacologia	06		
		Computador	02		
	NESMS implantado/ profissional	02			
	Material educativo	02			
	RECURSOS HUMANOS  55 PONTOS	Coordenador do PCE	07	( ) Não – inexistência do item – não pontua.	
		Agente de Saúde Ambiental	07		
		Motorista	10		
		Técnico e auxiliar de laboratório	10		
Cobertura do PSF		10			
Equipe de educação		06			
Digitador	05				
<b>TOTAL DE PONTOS</b>			<b>100</b>		

Quadro 3 - Matriz de categoria de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação máxima atingida pela sub categoria, pontuação atingida pelo município no âmbito da Vigilância em saúde ( continua...)

CATEGORIA DE ANÁLISE (dimensão)	COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	PONT. MÁX.	JULGAMENTO	FONTE
Processo	DELIMITAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	Realização de inquérito coproscópico amostral	3,5	( ) Sim (realiza esta atividade) – o item recebe pontuação máxima;  ( ) Não – o item não pontua (o ponto).	MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998.
	INQUÉRITOS COPROSCÓPICOS CENSITÁRIOS	Uso de critérios para escolher áreas	05		
		Planejamento de ações antes de ir ao campo	05		
		Cumprimento do intervalo de dois anos	05		
		Cobertura de áreas rurais e urbanas	05		
		Uso de mecanismos para diminuir a perda de potes	05		
		Cumprimento da meta proposta pela SES	05		
		Cobertura de 80% da população rural no período trabalhado	05		
		Encaminhamento de pacientes para o tratamento (ESF)	05		
		Garantia de coproscopia de controle	05		
		CONTROLE DO MOLUSCO	Demarcação de estações de captura		

Quadro 3 - Matriz de categoria de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação máxima atingida pela subcategoria, pontuação atingida pelo município no âmbito da Vigilância em saúde ( continua...)



CATEGORIA DE ANÁLISE (dimensão)	COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	PONT. MÁX.	JULGAMENTO	FONTE	
		Realização de coleta periódica de caramujos para identificação da tx de infecção	3,5			
		Determinação da taxa de infecção do molusco	3,5			
	SANEAMENTO	Realização de ações de saneamento	3,5			
	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Realização de atividades educativas comprovadas em atas	3,5			
		Existência de parcerias com ONGs, associações de moradores, etc.	3,5			
	SISPCE	SISPCE implantado	3,5			
		Digitação de casos provenientes de demanda passiva no SISPCE	3,5			
	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Investigação de casos graves/ óbitos	1,75			
		Digitação de casos graves no SINAN	1,75			
		Total pontos	80			
	INDICADORES DE PROCESSO 20 (PONTOS)	Proporção do número de localidade trabalhada no município desde a	5,0			80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5
		Percentual médio de amostras recolhidas	5,0			80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5
		Cobertura de tratamento	5,0			80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5

Quadro 3 - Matriz de categoria de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação máxima atingida pela subcategoria, pontuação atingida pelo município no âmbito da Vigilância em saúde (continua)

CATEGORIA DE ANÁLISE (dimensão)	COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	PONT. MÁX.	JULGAMENTO	FONTE
		Periodicidade do fluxo	5,0	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		<b>TOTAL PONTOS</b>	<b>20</b>		
	<b>TOTAL GERAL DE PONTOS</b>		<b>100</b>		

Quadro 3 - Matriz de categoria de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação máxima atingida pela subcategoria, pontuação atingida pelo município no âmbito da Vigilância em saúde ( conclusão.)

Fonte: Quinino, 2009.

## Atenção Básica

CATEGORIA DE ANÁLISE (dimensão)	COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA DO COMPONENTE	JULGAMENTO	FONTE
ESTRUTURA 35 pontos	RECURSOS HUMANOS	Médico na unidade	04	80 a 100% = 4 pontos; de 50 a 79% = 2 pontos e menos de 49% = 0 ponto	Ministério da Saúde. Caderno 21, 2008
		Enfermeira (o) na unidade	04	80 a 100% = 4 pontos; de 50 a 79% = 2 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Auxiliar de enfermagem	03	80 a 100% = 3 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		ACS suficiente	04	80 a 100% = 4 pontos; de 50 a 79% = 2 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Médico treinado	05	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Auxiliar enferm. Treinado	05	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Enfermeiro Treinado	05	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		ACS treinado	05	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		<b>TOTAL</b>	<b>35</b>		
PROCESSO 65 pontos	NÍVEL MÉDIO	Encaminha casos graves para o PSF	04	80 a 100% de ACS respondendo positivamente= 4 pontos; de 50 a 79% = 2 pontos e menos de 49% = 0 ponto	

Quadro 4 - Matriz de categoria de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação máxima atingida pela Subcategoria pontuação atinçida pelo município na Viçilância (continua..)

CATEGORIA DE ANÁLISE (dimensão)	COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA DO COMPONENTE	JULGAMENTO	FONTE
		Participa de atividades de controle junto ao ASA	03	80 a 100% respondendo positivamente = 3 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 pontos	Ministério da Saúde. Caderno 21, 2008
		Fala sobre xisto no seu trabalho diário	03	80 a 100% respondendo positivamente = 3 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Acompanha o paciente na tomada de medicação	02	80 a 100% respondendo positivamente = 2 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Já se reuniu com comunitário para realizar atividade de controle do	2,5	80 a 100% respondendo positivamente = 2,5 pontos; de 50 a 79% = 2 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Entrega resultados de exames aos pacientes	02	80 a 100% respondendo positivamente = 2 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Realiza entrega e coleta de potes	02	80 a 100% respondendo positivamente = 2 pontos; de 50 a 79% = 1 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Supervisiona a tomada de medicação	2,5	80 a 100% respondendo positivamente = 2,5 pontos; de 50 a 79% = 2 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Ministra palestra	02	80 a 100% respondendo positivamente = 2 pontos; de 50 a 79% = 1 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Orienta o paciente para repetir o exame	02	80 a 100% respondendo positivamente = 2 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Notifica casos de xistossoma	02	80 a 100% respondendo positivamente = 2 pontos; de 50 a 79% = 1 pontos e menos de 49% = 0 ponto	

Quadro 4 - Matriz de categoria de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação máxima atingida pela subcategoria, pontuação atingida pelo município na Vigilância (continua...)

CATEGORIA DE ANÁLISE (dimensão)	COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA DO COMPONENTE	JULGAMENTO	FONTE
		Informa a enfermeira a existência de rios, poços, açudes	02	80 a 100% respondendo positivamente = 2 pontos; de 50 a 79% = 1 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Planeja atividade com ASA	02	80 a 100% respondendo positivamente = 2 pontos; de 50 a 79% = 1 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
	NÍVEL SUPERIOR	Reconhece um caso de esquistossomose ( epidem + clínica)	03	80 a 100% respondendo positivamente = 3 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Solicita corretamente o parasitológico	04	80 a 100% respondendo positivamente = 4 pontos; de 50 a 79% = 2 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Realiza tratamento correto	05	80 a 100% respondendo positivamente = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Quem realiza o tratamento é o médico	05	80 a 100% respondendo positivamente = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Realiza tratamento na própria unidade	03	80 a 100% respondendo positivamente = 3 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Contra-indica corretamente o tratamento	05	80 a 100% respondendo positivamente = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Identifica caso grave de xisto corretamente	05	80 a 100% respondendo positivamente = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Conhece o(s) hospital(is) de referência	01	80 a 100% respondendo positivamente = 1 pontos; de 50 a 79% = 0,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	

Quadro 4 - Matriz de categoria de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação máxima atingida pela subcategoria, atingida pelo município na Vigilância (continuação...)

CATEGORIA DE ANÁLISE (dimensão)	COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA DO COMPONENTE	JULGAMENTO	FONTE
		Trabalha junto com vigilância	02	80 a 100% respondendo positivamente = 2 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
		Já realizou educação em saúde	01	80 a 100% respondendo positivamente = 1 pontos; de 50 a 79% = 0,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	
	<b>TOTAL DE PONTOS</b>		<b>65</b>		
	<b>TOTAL GERAL (ESTRUTURA + PROCESSO)</b>		<b>100</b>		

Quadro 4 - Matriz de categoria de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação máxima atingida pela subcategoria, pontuação atingida pelo município na Vigilância (conclusão).

Fonte: adaptado de Quinino, 2009.

## **7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisas do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, sob o número CAAE 0057.0.095.000-10.

## 8 RESULTADO E DISCUSSÃO

Nesta pesquisa avaliou-se o grau de implantação do PCE, em suas dimensões estrutura e processo, no âmbito da vigilância em Saúde e da Atenção Básica. No período da coleta de dados o município estava passando por uma readequação de recursos humanos onde das 31 pessoas estimadas para amostras 5 nível médio estavam de licença médica, quanto ao nível superior 02 tinham sido demitidos e 01 estava de férias, dessa forma amostra foi alterada para 23 participantes. Dessa forma participaram 15 de nível médio, 02 de nível superior (enfermeira) 01 coordenador do PCE, os demais utilizaram o direito de não participar alegando falta de tempo. Dessa forma respeitamos a decisão deste e continuamos a pesquisa com os que se dispuseram a participar talvez por conta deste fato a amostra tenha sido prejudicada.

Observando-se o quadro 4, pode-se concluir que, em relação à vigilância em saúde, os pontos críticos observados dizem respeito à dimensão estrutura no componentes recursos materiais com a ausência de veículo, croqui, material de malacologia. Na dimensão processo, os pontos críticos correspondem aos componentes de controle malacológico, saneamento e educação em saúde. Com a relação à atenção básica, quadro 5, os pontos críticos observados no que diz respeito à dimensão estrutura foi à ausência de equipe do PSF treinada para o controle da esquistossomose. Já o que corresponde à dimensão processo da atenção básica observou-se como ponto crítico a falta de integração das equipes das unidades de saúde com a vigilância epidemiológica. Abaixo encontra-se um comentário a respeito dos resultados encontrados na pesquisa para a estrutura e o processo de trabalho do PCE em relação à vigilância e à atenção básica.



CATEGORIA DE ANÁLISE (dimensão)	COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	JULGAMENTO	PONTUAÇÃO ATINGIDA TRACUNHAÉM
Estrutura	RECURSOS MATERIAIS  (total máximo de pontos possível para este item = 45 pontos)	Potes	(x) sim ( ) não	02
		Etiquetas marcadoras	( ) sim (x) não	00
		Formulário PCE 101	(x) sim ( ) não	02
		Veículo	( ) sim (x) não	00
		Mapa	( ) sim (x) não	00
		Croqui	( ) sim (x) não	00
		Laboratório Municipal	(x) sim ( ) não	05
		Material de laboratório	(x) sim ( ) não	14
		Praziquantel	(x) sim ( ) não	02
		Material Malacologia	( ) sim (x) não	00
		Computador	(x) sim ( ) não	02
		NESMS implantado/ profissional treinado	( ) sim (x) não	00
	Material educativo	( ) sim (x) não	00	
	RECURSOS HUMANOS  (total máximo de pontos possível para esta item = 55 PONTOS)	Coordenador do PCE	(x) sim ( ) não	07
		Agente de Saúde Ambiental	(x) sim ( ) não	07
		Motorista	( ) sim (x) não	10
		Técnico e auxiliar de laboratório	(x) sim ( ) não	10
Cobertura do PSF		(x) sim ( ) não	10	
Equipe de educação		( ) sim (x) não	06	
Digitador		(x) sim ( ) não	05	
	<b>TOTAL DE PONTOS</b>			<b>82</b>

Quadro 5 - Matriz de categoria de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação atingida pelo município na Vigilância (continua..)

CATEGORIA DE ANÁLISE (dimensão)	COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	JULGAMENTO	PONT./ TRACUNHAÉM
Processo	DELIMITAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	Realização de inquérito coproscópico amostral	( ) sim ( x ) não	00
	INQUÉRITOS COPROSCÓPICOS CENSITÁRIOS	Uso de critérios para escolher áreas	( x ) sim ( ) não	05
		Planejamento de ações antes de ir ao campo	( x ) sim ( ) não	05
		Cumprimento do intervalo de dois anos	( ) sim ( x ) não	00
		Cobertura de áreas rurais e urbanas	( x ) sim ( ) não	05
		Uso de mecanismos para diminuir a perda de potes	( x ) sim ( ) não	05
		Cumprimento da meta proposta pela SES	( x ) sim ( ) não	05
		Cobertura de 80% da população rural no período trabalhado	( x ) sim ( ) não	05
		Encaminhamento de pacientes para o tratamento (ESF)	( x ) sim ( ) não	05
	CONTROLE DO MOLUSCO	Garantia de coproscopia de controle	( ) sim ( x ) não	00
		Demarcação de estações de captura	( ) sim ( ) não	00
		Realização de coleta periódica de caramujos para identificação da tx de infecção	( ) sim ( x ) não	00
	SANEAMENTO	Determinação da taxa de infecção do molusco	( ) sim ( x ) não	00
		Realização de ações de saneamento	( ) sim ( x ) não	00
	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Realização de atividades educativas comprovadas em atas	( ) sim ( x ) não	00
		Existência de parcerias com ONGs, associações de moradores, etc.	( ) sim ( x ) não	00
	SISPCE	SISPCE implantado	( x ) sim ( ) não	3,5
		Digitação de casos provenientes de demanda passiva no SISPCE	( x ) sim ( ) não	3,5

Quadro 5 - Matriz de categoria de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação atingida pelo município na Vigilância. (continua..)

CATEGORIA DE ANÁLISE (dimensão)	COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	JULGAMENTO	PONT./ TRACUNHAÉM	
	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Investigação de casos graves/ óbitos	( x) sim ( )não	1,75	
		Digitação de casos graves no SINAN	( x) sim ( )não	1,75	
		Total pontos		45	
	INDICADORES DE COBERTURA 20 (PONTOS)	Proporção do número de localidade trabalhada no município desde a implantação do PCE	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto		05 (80%)
		Percentual médio de amostras recolhidas	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto		2,5 (69,75%)
		Cobertura de tratamento	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto		2,5(70,81%)
		Periodicidade do fluxo	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto		05 (100%)
		Total pontos			15
	TOTAL GERAL DE PONTOS				<b>60</b>

Quadro 5 - Matriz de categoria de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação atingida pelo município na Vigilância (conclusão).

Fonte: Quinino,2009.

CATEGORIA DE ANÁLISE (dimensão)	COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	JULGAMENTO	PONTUAÇÃO ATINGIDA TRACUNHAÉM
ESTRUTURA 35 pontos	RECURSOS HUMANOS	Médico na unidade	80 a 100% = 4 pontos; de 50 a 79% = 2 pontos e menos de 49% = 0 ponto	4
		Enfermeira (o) na unidade	80 a 100% = 4 pontos; de 50 a 79% = 2 pontos e menos de 49% = 0 ponto	4
		Auxiliar de enfermagem	80 a 100% = 3 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	3
		ACS suficiente	80 a 100% = 4 pontos; de 50 a 79% = 2 pontos e menos de 49% = 0 ponto	4
		Médico treinado	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	00
		Auxiliar enferm. Treinado	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	00
		Enfermeiro Treinado	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	2,5
		ACS treinado	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	5
		<b>TOTAL DE PONTOS DA ESTRUTURA</b>		<b>26,5</b>
PROCESSO 65 pontos	NÍVEL MÉDIO	Encaminha casos graves para o PSF	80 a 100% = 4 pontos; de 50 a 79% = 2 pontos e menos de 49% = 0 ponto	4
		Participa de atividades de controle junto ao ASA	80 a 100% = 3 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 pontos	0
		Fala sobre xisto no seu trabalho diário	80 a 100% = 3 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	3

Quadro 6 - Matriz de categoria de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação atingida pelo município na Atenção básica (continua...)

CATEGORIA DE ANÁLISE (dimensão)	COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	JULGAMENTO	PONTUAÇÃO ATINGIDA TRACUNHAÉM
		Acompanha o paciente na tomada de medicação	80 a 100% = 2 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	1,5
		Já se reuniu com comunitário para realizar atividade de controle do caramujo	80 a 100% = 2,5 pontos; de 50 a 79% = 2 pontos e menos de 49% = 0 ponto	2
		Entrega resultados de exames aos pacientes	80 a 100% = 2 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	1,5
		Realiza entrega e coleta de potes	80 a 100% = 2 pontos; de 50 a 79% = 1 pontos e menos de 49% = 0 ponto	1
		Supervisiona a tomada de medicação	80 a 100% = 2,5 pontos; de 50 a 79% = 2 pontos e menos de 49% = 0 ponto	2
		Ministra palestra	80 a 100% = 2 pontos; de 50 a 79% = 1 pontos e menos de 49% = 0 ponto	2
		Orienta o paciente para repetir o exame	80 a 100% = 2 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	2
		Notifica casos de xistossoma	80 a 100% = 2 pontos; de 50 a 79% = 1 pontos e menos de 49% = 0 ponto	2
		Informa a enfermeira a existencia de rios, poços, açudes	80 a 100% = 2 pontos; de 50 a 79% = 1 pontos e menos de 49% = 0 ponto	2
		Planeja atividade com ASA	80 a 100% = 2 pontos; de 50 a 79% = 1 pontos e menos de 49% = 0 ponto	0
	NÍVEL SUPERIOR	Reconhece um caso de esquistossomose ( epidem + clínica)	80 a 100% = 3 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	1,5

Quadro 6 - Matriz de categoria de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação atingida pelo município na Atenção básica (continua..)

CATEGORIA DE ANÁLISE (dimensão)	COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	JULGAMENTO	PONTUAÇÃO ATINGIDA TRACUNHAÉM
		Solicita corretamente o parasitológico	80 a 100% = 4 pontos; de 50 a 79% = 2 pontos e menos de 49% = 0 ponto	4
		Realiza tratamento correto	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	5
		Quem realiza o tratamento é o médico	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	5
		Realiza tratamento na própria unidade	80 a 100% = 3 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	3
		Contra-indica corretamente o tratamento	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	5
		Identifica caso grave de xisto corretamente	80 a 100% = 5 pontos; de 50 a 79% = 2,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	5
		Conhece o(s) hospital(is) de referência	80 a 100% = 1 pontos; de 50 a 79% = 0,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	0
		Trabalha junto com vigilância	80 a 100% = 2 pontos; de 50 a 79% = 1,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	0
		Já realizou educação em saúde	80 a 100% = 1 pontos; de 50 a 79% = 0,5 pontos e menos de 49% = 0 ponto	0,5
	<b>TOTAL DE PONTOS DO PROCESSO</b>			<b>52</b>
	<b>TOTAL GERAL (ESTRUTURA + PROCESSO)</b>			<b>78,5</b>

Quadro 6 - Matriz de categoria de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação atingida pelo município na Atenção básica (conclusão)  
Fonte: Quinino,2009.

## 8.1 Grau de Implantação do PCE no Âmbito da Vigilância

Na avaliação do grau de implantação na vigilância em saúde foram avaliados as dimensões estrutura e processo. Verificou-se, no elenco da vigilância em saúde, que o município foi classificado com parcialmente implantado com 77 pontos (quadro 04).

$$(GI = E (x4) + P (x6) : 10.= (82 x 4)+ (60 x 6)/10=77 \text{ pontos}$$

### 8.1.1 Dimensão estrutura

No que se refere à dimensão estrutura destaca-se, nos recursos materiais, que o município possui os elementos básicos para a realização dos exames como potes, computador, laboratório e material para laboratório (QUADRO 4). As etiquetas são improvisadas com fita crepe. Para Quinino (2009), a existência destes itens é de grande importância no PCE, pois a falta de material prejudica o diagnóstico e, conseqüentemente, o conhecimento da prevalência do município. A falha neste componente corrobora para a não realização das atividades mínimas propostas para o controle da esquistossomose, o que contribui diretamente para a persistência de indivíduos positivos e com um alto grau de infestação. Observou-se, porém, que o município não possui carro próprio para o programa e croqui para reconhecimento das coleções hídricas. A ausência deste último item prejudica o planejamento das ações desta endemia, já que o croqui contém informações importantes sobre as características ambientais de todas as áreas do município e, por isso, permite o direcionamento das ações para áreas de risco.

Também foi verificado na pesquisa que não são realizadas atividade de controle malacológico. A não realização desta atividade pode estar atrelada não pactuação na programação das ações da vigilância em saúde (PAVS) para o município de Tracunhaém. Os moluscos de água doce são hospedeiros intermediários e sua presença é indispensável para o cumprimento do ciclo, o que evidencia a importância da realização de atividades efetivas de controle dos planorbídeos para a quebra dessa cadeia de transmissão e, conseqüentemente, para a diminuição da disseminação da esquistossomose. Para Barbosa et al, (2008), o controle dos caramujos fortalece o controle da transmissão, e o controle ambiental é a alternativa mais viável para o controle desse caramujos quando comparada com

o controle biológico e químico. Porém, muitas vezes o controle ambiental necessita de ações drásticas. No nordeste as comunidades mais atingidas pela esquistossomose vivem precariamente e as verbas destinadas as melhorias ambientais e de saúde são irrisórias (Barbosa et al, 2008) o que, ao lado da não pactuação deste item na PAVS, dificulta a implementação desta atividade nos municípios.

Os resultados mostram que no município também não há implantado o NESMS. A ausência deste núcleo dificulta a disseminação das informações sobre a doença, já que esta atividade fica completamente dependente da equipe de profissionais existentes. A educação em saúde é importante por causar um impacto a médio e longo prazo na população e as mobilizações comunitárias são capazes de influenciar nas decisões de melhoria da qualidade de vida do município (SMEKE, 1989; VALLA; STOTZ, 1993) o que, certamente, é importante no caso da esquistossomose.

Viu-se também que o laboratório municipal está implantado na rotina do programa. Este é um fato positivo, pois favorece a entrega dos resultados em tempo oportuno para que seja realizado o tratamento também em tempo hábil.

Foi observado também, no que concerne ao quadro de recursos humanos, que o município possui um técnico de laboratório que executa a leitura da lâmina de esquistossomose, o que é suficiente para cobrir a meta pactuada de exames (2086). Possui também uma pessoa que executa a coordenação do programa da dengue e da Vigilância epidemiológica, e uma agente de endemias exclusiva para esquistossomose, o que também é suficiente para suprir as atividades mínimas. Não foi identificado no município a presença de digitadores nem motorista específicos para o PCE, sendo que a tarefa da digitação fica por conta da coordenadora o que dificulta o planejamento, execução, e avaliação das ações. No que diz respeito ao motorista, ausência deste ator soma-se com falta de veículo para o programa e implica em atraso no diagnóstico e tratamento oportuno dos portadores. Goldbaum (1996); Passos (2003) também identificaram em sua pesquisa, que estudou o grau de implantação na vigilância epidemiológica, a carência destes recursos humanos.



### *8.1.2 Análise da dimensão processo no âmbito da vigilância em saúde*

Em relação à dimensão processo, observou-se que as atividades de delimitação epidemiológica através de inquéritos amostrais não são realizadas. Esta atividade é importante, pois contribui para o planejamento das ações, já que produz dados preliminares a respeito da situação de áreas nunca antes trabalhadas permitindo direcionar os trabalhos para as áreas problemáticas, economizando materiais e tempo de serviço (BRASIL, 2008).

Observou-se ainda que o município realiza inquéritos coproscópico censitários, e as áreas para realização destes inquéritos são escolhidas a partir dos fatores de vulnerabilidade conhecidos para cada áreas. Os trabalhos são, ainda, realizados considerando áreas rurais e urbanas. A esquistossomose é uma endemia prevalente na área rural devido à precariedade na qualidade de vida, deficiência de saneamento, presença do vetor, de pessoas infectadas, susceptíveis e coleções hídricas na região, daí a importância de trabalhar estas áreas. Nestas áreas, as escassas opções de divertimento fazem com que os rios existentes na região sejam as principais opções de lazer, além de serem utilizados nas atividades domésticas como lavar roupa, banhar animais, como também são utilizados como receptores de dejetos humanos, devidos as canalizações irregulares. Todas estas observações são importantes para perpetuação da endemia no Estado. Além disso, deve-se considerar a expansão desta endemia para zonas urbanas. Para Barbosa, Silva e Barbosa (1996), os fluxos migratórios das áreas rurais para a urbana em busca de melhores condições de vida, conjugados com as condições social-ecológica-ambiental são grandes fatores para expansão da esquistossomose nos centros urbanos. Advém destas assertivas a necessidade de se trabalharem áreas urbanas e rurais, e este fato foi observado no município.

Também foi visto que o município vem cumprindo as metas pactuadas para esquistossomose, com exceção do ano de 2009, onde se realizou apenas 29,57% dos exames pactuados. Esse fato, ocorrido neste ano específico, pode ter sido devido à mudança de governo que geralmente leva à mudança de equipe com consequente descontinuidade de trabalho, atrelada, ainda, à ausência de veículo e fatores ambientais (chuva).

Foi também constatado que o município trabalhou 80% das localidades, porém existe dificuldade no tratamento e no controle da cura das pessoas

diagnosticadas, o que se configura em um descompasso, já que não adianta ter uma boa cobertura dos inquéritos e não tratar as pessoas doentes nem verificar se o tratamento foi efetivo. Segundo Diniz (1998), o controle de cura é necessário para esgotar toda fonte de infecção detectada. Em relação ao tratamento, o que o MS preconiza é que todos os casos positivos sejam tratados, excluindo desses apenas aqueles em que sejam detectados alguma contra-indicação (DINIZ, 1998). Alguns fatores podem estar refletindo na baixa adesão ao tratamento como: o fato de não existir na rotina do PSF um horário específico para tratamento dos casos positivos de esquistossomose, o que acaba contribuindo para o abandono do tratamento pelos mesmos; a existência de pacientes que, no momento do diagnóstico, residem no município e depois se mudam, perdendo a oportunidade do tratamento ou pacientes que vão trabalhar fora do município de residência retornando para casa apenas nos finais de semana quando não há atendimento no posto médico e, por isso, também perdem a oportunidade de tratamento.

No estudo foi possível verificar que o município tenta utilizar estratégias para reduzir a perda de potes durante a realização dos inquéritos coproscópico, porém, estas estratégias não foram efetivas, já que se chega a perder quase 30% dos potes. Este fato implica em perda de tempo e dinheiro.

De acordo com o estudo, viu-se ainda que o SISPCE está implantado na rotina do programa, o que possibilita a formação de um banco de dados onde se pode conhecer o histórico das atividades do programa no município, referente a essa endemia. O sistema é alimentado semanalmente e enviado para II regional de saúde regulamente. Segundo a portaria 3252/09 os repasses dos recursos da saúde estão condicionados ao envio regular das informações de todos os sistemas incluídos na secretaria de saúde.

## 8.2 Avaliação do GI no Elenco Atenção Básica

De acordo com o estudo o PCE está parcialmente implantado no elenco atenção básica com 78,5 pontos. Tal qual na vigilância, a implantação do PCE no âmbito da atenção básica também foi avaliado considerando dimensões estrutura e processo.

### 8.2.1 Análise do componente estrutura

Em relação aos recursos humanos, o que se pode perceber é que nas unidades de saúde participantes estão presentes médicos, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e ACS, porém nem todos são treinados para esquistossomose. Observa-se que, dos entrevistados, 80 % dos ACS e 50% das enfermeiras, foram treinados. Porém não foi evidenciado a existência de médico treinado para o tratamento da esquistossomose.

A esquistossomose é uma doença assintomática em suas fases iniciais o que prejudica seu diagnóstico inicial, além do que o parasitológico de fezes pode ser pouco sensível em indivíduos com baixas cargas parasitárias, o que pode mascarar um resultado positivo (VRANJA, 2009). Considerando-se estes fatos, a presença de profissionais treinados pode contribuir para o reconhecimento precoce da doença, bem como possibilitar o acesso ao tratamento em tempo oportuno.

O treinamento de profissionais, principalmente médicos, para esquistossomose são relativamente escassos se comparados aos treinamentos para outras doenças endêmicas como sífilis, dengue, sarampo, dentre outras, refletindo o baixo investimento no que diz respeito à educação continuada para esta endemia, talvez pelo fato de a mesma fazer parte do elenco das doenças negligenciadas. A deficiência de profissionais treinados para o manejo da esquistossomose também foi visto no trabalho realizado por Menezes, (2005).

Em relação à dimensão processo, verificou-se que os casos graves são encaminhado para o PSF, segundo relatam 93,33% dos ACS entrevistados. Conforme, o caderno de saúde nº 21 (BRASIL, 2008) a equipe de unidade de saúde é responsável pelo acompanhamento do paciente de alta das formas graves, para controle de complicações advindas da doença.

Também foi verificado que, apesar de haver alguns ACS distribuindo potes em suas microáreas, 46,67% dos ACS não reconhecem a atividade de entrega e recolhimento de pote como sendo uma atribuição sua. De acordo com o caderno 21 (BRASIL, 2008), a distribuição e recolhimento de pote é uma atribuição do ACS no programa de controle da esquistossomose e o fato de os mesmos não reconhecerem esta atividade como uma atribuição sua demonstra a baixa integração destes com as ações de vigilância em saúde, o que pode prejudicar o sucesso do programa.

Um dos pontos que chama a atenção é a falta de integração dos profissionais da atenção com os profissionais da vigilância. Embora todos entrevistados acharem importante trabalhar em conjunto na prática essa atividade não está efetivada no município de Tracunhaém. Isso ficou evidenciado através da ausência da participação dos ACS nas atividades de controle da esquistossomose junto com os agentes de endemias. Menezes, 2005 também detectou no seu trabalho, a falta de participação dos atores da atenção básica no que diz respeito às atividades de rotina do PCE, excetuando o tratamento dos portadores tanto da demanda ativa como passiva.

As atividades de educação em saúde são realizadas na rotina de visita como cumprimento de meta de produção, o que é atividade prevista nas atribuições do PSF. Quinino, 2009 em seu trabalho também detectou que a Educação em saúde está atrelada a produção ambulatorial, ou seja, as atividades são realizadas de forma desatrelada da vigilância epidemiológica e ambiental. Essa dificuldade de realização das atividades de educação em saúde de forma contínua e sistemática foi detectada ainda por Bezerra (2009), em seu estudo que viu as equipes de saúde da família não realizando as ações de educação em saúde continuamente. A atividade de educação em saúde para ter maior êxito precisa ser planejada e trabalhada na comunidade, objetivando interiorização das informações pelos munícipes e buscando a mudança de hábito dos mesmos.

Os resultados mostraram que os profissionais de nível superior, de forma geral, não têm dificuldade em reconhecer um caso de esquistossomose no seu conjunto epidemiologia e clínica, assim como conhecem o exame e o tratamento que devem ser realizados, bem como os casos de contra-indicação (quadro 5). Quando perguntados sobre quais sintomas eles reconhecem numa pessoa que o fazem suspeitar de um caso de esquistossomose, 50% da amostra relataram sintomas gerais de outras de outras parasitoses, enquanto os outros 50% relatou sintomas mais específicos, como coceira na pele, barriga em pipenote, náusea, diarreia e vômito, constipação intestinal, fraqueza e tontura. Porém ambos os grupos relacionaram a doença ao banho de rio.

Um ponto positivo apontado no estudo é que o 100% do tratamento é realizado na unidade de saúde pelo profissional médico com a droga dispensada pelo MS, o Praziquantel ®. Esta medicação está presente nos postos de saúde da família (PSF), porém não em quantidade suficiente para demanda espontânea,

devido à metodologia utilizada pela Secretaria estadual de saúde de só dispensar uma quantidade relativa aos casos positivos registrados no SISPCE, implicando assim, na demora do tratamento dos pacientes da demanda espontânea. Esta prática instituída a nível estadual também foi identificado por Quinino, 2009 na avaliação do GI nos municípios de Goiana e Escada, ambos da zona da mata de Pernambuco.

### 8.3 Avaliação do GI no Município

Após avaliar os Graus de implantação do PCE nos âmbitos da vigilância em saúde e atenção básica pôde-se calcular o grau de implantação do PCE no município, o qual foi de 77,5 pontos, o que o classificou como parcialmente implantado.

A descentralização das ações para o município foi um passo importante para o controle das endemias, mas pode-se perceber que ainda há dificuldade na realização das ações de forma descentralizada, a partir de fatos como, por exemplo, a dificuldade em os ACS reconhecerem atividades historicamente típicas da vigilância como suas. Por outro lado, o fato de profissionais de nível superior reconhecerem um caso de esquistossomose, tratarem e procederem ao acompanhamento de casos graves remete a um avanço no que diz respeito à incorporação destas atividades no âmbito da atenção básica.

Um dos fatores que contribui para que as atividades propostas pelo PCE continuem sendo reduzidas à entrega e coleta de potes e tratamento dos indivíduos diagnosticados a partir destas atividades é a forma de avaliação das metas dos municípios instituídas pela PAVS, que só 'cobra' dos municípios os resultados destas atividades específicas. Outro fator que pode estar influenciando o não desenvolvimento pleno do programa é a herança da metodologia centralizada desenvolvida pela FUNASA, que tem suas origens no modelo sanitário campanhista. Estes fatores implicam na dificuldade de integração das atividades de controle da esquistossomose desenvolvidas pela vigilância com a atenção básica.

Isso considerando, é de grande importância a realização de planejamentos integrados entre os diversos setores e atores envolvidos no controle da esquistossomose para que se possam estabelecer estratégias que possibilitem a melhoria do programa com efetivo controle da endemia.

## 9 CONCLUSÃO

As atividades propostas pelo programa de controle da esquistossomose, como a maioria dos programas de saúde, devido às suas origens vinculadas à antiga SUCAM, tendem a acontecer de forma desarticulada com outros setores do SUS, o que ficou evidenciado neste trabalho quando se observam alguns aspectos.

Pode-se perceber que o município de Tracunhaém enfrenta dificuldades estruturais que implicam no mau funcionamento do programa, resultado do sub-financiamento deste que dificulta o processo de contratação de equipe completa para trabalhar este agravo, assim como a aquisição dos recursos materiais necessários. Também observou-se que existe falha tanto na estrutura e processo da atenção básica para o controle da esquistossomose, uma vez que a existência da equipe sem treinamento para endemia, a falta de interesse na participação das ações de planejamento, avaliação e execução do programa de controle da esquistossomose pela atenção básica, pode ser um fator de estrangulamento na redução da prevalência da doença no município.

Em suma, na integração entre vigilância e atenção básica deve haver sintonia para que se ofertem ações de promoção à saúde e uma assistência integral de forma articulada e organizada no sistema de saúde.

## 10 RECOMENDAÇÕES

Diante do que foi exposto, se faz necessários algumas recomendações que subsidiem o controle da esquistossomose a nível municipal:

1. Reuniões sistemáticas entre vigilância e atenção básica para definir o modo de trabalho e as tarefas de cada setor no controle desta endemia;
2. Capacitação para médicos e enfermeiros no que diz ao funcionamento geral do PCE, dando ênfase ao diagnóstico e tratamento;
3. Estimular atividades em conjunto com ACS e ASA e capacitá-los sobre o entendimento geral do funcionamento do PCE;
4. Implantar atividade de delimitação epidemiológica de modo que possa subsidiar a vigilância das áreas de transmissão;
5. Aquisição de transporte para realização das atividades
6. Estabelecimentos de indicadores;
7. Instituição de reuniões inter-setorias de avaliação das atividades .

## REFERENCIA

AGÊNCIA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO E PESQUISAS DE PERNAMBUCO.

**Perfil dos Municípios.** Recife. 2009. Disponível em:

<<http://www2.condepefidem.pe.gov.br/web/condepeFidem>>. Acesso em: 02 fev. 2010.

AMARAL, R. S.; PORTO, M. A. S. Evolução e situação atual do combate da esquistossomose no Brasil. **Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical**, Uberaba, v. 27, p. 73-90, 1994.

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Pan-americana de Salud Pública**, Washington, v. 8, n. 1/2, aug. 2000. Disponível em: <[http://www.Scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892000000700026&lng=en&nrm=isso](http://www.Scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700026&lng=en&nrm=isso)>. Acesso em: 28 set. 2010.

BARBOSA, C. S; SILVA, C. B; BARBOSA, F. S. Esquistossomose: reprodução e expansão da endemia no Estado de Pernambuco, 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** v. 34 n. 4, São Paulo Ago. 2000

BARBOSA, C. S. et al. Epidemia de esquistossomose aguda na praia de Porto de Galinhas, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 725-728, 2001.

BEZERRA, L. C. A et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 25, n 4, p. 827-839, abr, 2009.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.7 n.3, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232002000300002&lng=t](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000300002&lng=t)>. Acesso em: 27 de abr. 2010.

BRASIL. Congresso Nacional. **Projeto de lei n. 7.703 de dezembro de 2006.** Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 1/1996, no que diz respeito às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área da vigilância em saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 17 jun. 2004. Seção 1, p. 58.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS**: Saúde e Cidadania. Apostila curso a distância. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde na atenção básica. In: \_\_\_\_\_. **Vigilância em Saúde dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Caderno de Atenção Básica, v. 21. p 48-60.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Esquistossomose. In: \_\_\_\_\_. **Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2ª ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Caderno de Atenção Básica, v. 21. p. 6-18.

BRASIL. **Vigilância e controle de molusco de importância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Epidemiologia**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 02 fev, 2010.

CARMO E. H; BARRETO M. L; SILVA J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. In: TIBIRIÇÁ, S. H. C, et al. A esquistossomose mansoni no contexto da política de saúde brasileira, **Epidemiol. Serv. Saude**. Rio de Janeiro. v. 2, n. 12, p. 63-75, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a72v16s1.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2010

CARMO, E. H; BARRETO, M. L. Esquistossomose Mansônica no Estado da Bahia, Brasil: Tendências Históricas e Medidas de Controle. Rio de Janeiro: **Caderno de saúde pública**. v. 10, n. 4. p. 425-439, out/dez, 1994

CARVALHO. et al. Desenvolvimento de um sistema de informações para o estudo, planejamento e controle da esquistossomose no Estado de Minas Gerais. In: XII Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto. 2005 Goiânia. GO. **Anais**. Goiânia, GO: Brasil, INPE, 16-21 abril 2005, p. 2083-2085

CIMERMAN, B; CIMERMAN, S. **Parasitologia Humana e seus Fundamentos Gerais**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 1999.

CONGRESO INTERAMERICANO DE ENGENHARIA SANITÁRIA E AMBIENTAL, XXVII, 2005 Campo Grande, MS. **Anais**. Rio de Janeiro: ABES, 2005.

DIAS, L. C. S; et al. Epidemiologia da esquistossomose mansônica em área de baixa endemicidade. Rio de Janeiro: **Caderno de saúde pública**. v.10 n.2 jul, 1994.

Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X1994000800003&script=sci\\_artt ext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X1994000800003&script=sci_artt ext)>. Acesso em: 13 jan, 2010.

FAVRE, T. C. et al. Avaliação das ações do controle da esquistossomose implantadas entre 1977 e 1996 na área endêmica de Pernambuco, Brasil. Uberaba: **Revista sociedade brasileira de medicina tropical**. v. 34, n.6, nov/dez 2001.

FERNANDES, C. **Esquistossomose Mansônica**. Disponível em:

<<http://www.dec.ufcg.edu.br/saneamento/Esquisto.html>. 2008>. Acesso em: 02 fev, 2010.

FREESE, E. M. C; et al. Evolução da esquistossomose na Zona da Mata Sul de Pernambuco. Epidemiologia e situação atual: controle ou descontrole? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n 4, p 787-795, out-dez, 1998.

FERREIRA, I. L. M; TABOSA; SILVA, T. P. Mortalidade por esquistossomose no Brasil: 1980-2003. **Revista Parasitologia Tropical**. v. 36 n. 1 p.67-74. Jan-abr, 2007.

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

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1996, v. 12, Suppl 2, p. 95-8.

GONÇALVES, J. F et al. A. Esquistossomose aguda de caráter episódico na ilha de Itamaracá- Estado de Pernambuco. Rio de Janeiro: **Caderno Saúde Pública**, v. 7, p 424-425, 1992.

INSTITUTO MATERNO INFANTIL PERNAMBUCO. **Gestão e avaliação em saúde.** Recife, 2009. Disponível em: <[http://imip.informazione4.com.br/cms/opencms/imip/pt/ens\\_pesq\\_ext/pesquisa/grupos\\_pesq/est\\_gestao.html?p=6](http://imip.informazione4.com.br/cms/opencms/imip/pt/ens_pesq_ext/pesquisa/grupos_pesq/est_gestao.html?p=6)>. Acesso em: 11 abr, 2010.

KATZ, N; ALMEIDA, K. Esquistossomose, xistosa, barriga d'água. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v.55, n.1, jan-mar, 2003. Disponível em <[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S000967252003000100024&script=sci\\_arttext](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S000967252003000100024&script=sci_arttext)>. Acesso em: 02 fev, 2010.

MARICATO, E. Urbanismo na periferia do mundo globalizado: Metrópole Brasileira São Paulo em perspectivas. São Paulo. In: CESSE, E; (org). **Características e determinantes dos padrões brasileiros de ocorrência DNCT no século XX, Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**, 2006.

MACHADO, K. Alerta para novos focos da doença. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 75, nov, 2008. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/75/03.html>> Acesso em: 27 de mar, 2010.

MATUS, C. Política, **Planificación y Gobierno**. Washignton: OPS/ILPES. 1987

MENEZES, M. J. R. **Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica da esquistossomose no Estado da Bahia**, 2005. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **O controle da esquistossomose:** Segundo relatório do comitê de especialistas da OMS. Rio de Janeiro: Fiocruz , v.3, 1994.

PORDEUS, LC. et al. A ocorrência das formas agudas e crônicas da esquistossomose mansônica no Brasil no período de 1997 a 2006: Uma revisão de literatura. **Revista Epidemiologia Serviço Saúde**. Brasília. v.17, n. 3, p 63-175. jul-set, 2008. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n3/v17n3a02.pdf>> Acesso em: 02/02/2010.

PRATA A. Esquistossomose mansoni. In: VERONESI R, FOCCACIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1997.

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA ZONA DA MATA. **Perfil dos municípios da zona da mata**. Pernambuco, 2009. Disponível em: <<http://www.promata.pe.gov.br>>, Acesso em: 02 de fev, 2010.

QUININO, L. R. M. Avaliação das atividades de rotina do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, entre 2003 e 2005. **Epidemiologia serviço saúde**. Brasília, v. 18, n. 4, P. 313 – 314, out-dez, 2009. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n4/v18n4a03.pdf>>. Acesso em: 27 de mar, 2010.

REY, L. Parasitos e doenças parasitárias do homem nas Américas e na África. **Parasitologia**. 2ª ed. São Paulo: Guanabara, 1991.

ROLLEMBERG, C. V. V; QUINTANS, J. S. S; Santos, R. L. C. Avaliação do Programa de controle da esquistossomose no bairro Santa Maria, Aracajú, Sergipe, sob a perspectiva farmacêutica. **Revista da Fapese**, Sergipe, v.4, n.2, p.63-82, jul/dez.2008.

SILVA, L. M. V; FORMIGLI, V. L.A. Avaliação em Saúde: Limites e perspectivas. **Caderno de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n.10, p.80-91, jan/mar.1994.

SMEKE, E. L. M. **Saúde e democracia, experiência de gestão popular**: um estudo de caso. Campinas. tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1989.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Guia de doenças**. Esquistossomose. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.infectologia.org.br/publicoleigo/default.asp?siteAcao=mostraPagina&paginaId=9&acao=guia2&guiaId=6>> Acesso em: 15 mai, 2010.

SOUZA, D; et al. **Vigilância epidemiológica e controle da esquistossomose**. Normas e instruções. São Paulo: 2007 CVE, 2007.

TIBIRIÇÁ, S. H. C, et al. A esquistossomose mansoni no contexto da política de saúde brasileira, **Revista ciência e Saúde Coletiva para a sociedade**. Rio de Janeiro, v. 16, (Supl. 1), p. 1375-1381, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a72v16s1.pdf>>. Acesso em: 11 de abr, 2010.

VALLA, V. V; STOTZ, E. **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Dumará, 1993.

VASCONCELOS, E. N. **Representações sociais do sistema de esgotamento sanitário no controle da esquistossomose em poço comprimido Macaparana-Pernambuco**. 2003, Tese (Doutorado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

VRANJAC, A. **Esquistossomose Mansônica**. Informe Técnico. Centro de vigilância epidemiológica. São Paulo: Cve, 2009

## ANEXO A- INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PCE NO ÂMBITO MUNICIPAL

### IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA INÍCIO DA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_ HORA TÉRMINO ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

### 1 COMPONENTES ESTRUTURA

#### QUEM FORNECEU AS INFORMAÇÕES:

\_\_\_\_\_

#### 1.1 RECURSOS HUMANOS

**1.1.1** O município possui um **coordenador municipal** do PCE?

- ( ) Possui coordenador *exclusivo* pro PCE  
 ( ) O coordenador *coordena o PCE e outras endemias*  
 ( ) *Não possui* coordenador

**1.1.2** O município possui **agentes de endemias** para o PCE?

- ( ) Possui \_\_\_\_\_ agentes  
 ( ) Possui, mas não são exclusivos do PCE  
 ( ) Não possui agentes para o PCE

#### NÃO RESPONDER ESTA PARTE

- ( ) Em nº *suficiente* para a meta de exames pactuada ( \_\_ pontos);  
 ( ) Em nº *insuficiente* para a meta de exames pactuada ( \_\_ pontos);

Cálculo: nº de agentes do município(     )/ exames pactuados(     ) = \_\_\_\_\_;

*OBS: parâmetro: 1 agente realiza 60 exames/ dia ou 12.600 exames/ ano, trabalhando diariamente*

**1.1.3** O município possui **motorista** para o PCE?

- ( ) Sim, sempre está à disposição  
 ( ) Sim, mas muitas vezes não está disponível, pois está respondendo a outras endemias  
 ( ) Não possui

**1.1.4** O município possui **laboratorista** para as ações do PCE?

- ( ) Possui \_\_\_\_\_ laboratoristas exclusivos pro PCE  
 ( ) Possui, mas não é exclusivo do PCE.  
 ( ) Não possui

## NÃO RESPONDER ESTA PARTE

( ) Sim, em número *suficiente* para o diagnóstico coproscópico de esquistossomose segundo a meta pactuada ( \_\_ pontos);

( ) Sim, Em número *insuficiente* para o diagnóstico coproscópico de esquistossomose segundo a meta pactuada ( ) ( \_\_ pontos);

Cálculo: Nº máximo de exames realizados pelo laboratorista/ ano ( ) / Exames pactuados ( ) = \_\_\_\_\_.

OBS: um laboratorista exclusivo para PCE, trabalhando diariamente: 10.500 exames/ ano; 50 exames/ dia.

OBS 2: cálculo do número máximo de exames realizados pelo laboratorista/ ano → nº de dias por semana que o laboratorista trabalha com o PCE ( ) x nº de exames que ele faz por dia

( ) x 51 semanas = \_\_\_\_\_.

1.1.5 O município possui **auxiliar de laboratório** para as ações do PCE?

( ) Possui \_\_\_\_\_ auxiliares de laboratório exclusivos pro PCE

( ) Possui, mas não são exclusivos do PCE.

( ) Não possui

## NÃO RESPONDER ESTA PARTE

( ) Em número *suficiente* para o diagnóstico coproscópico de esquistossomose ( \_\_ pontos);

( ) Em número *insuficiente* para o diagnóstico coproscópico de esquistossomose ( \_\_ pontos)

Cálculo: Exames pactuados ( ) / nº máximo de exames realizados pelo auxiliar/ ano ( ) = \_\_\_\_\_.

OBS: um auxiliar exclusivo para PCE, trabalhando diariamente: 21000 exames/ ano; 100 exames/ dia.

OBS: cálculo do número máximo de lâminas preparadas pelo auxiliar/ ano → nº de dias por semana que o auxiliar trabalha com o PCE ( ) x nº de exames que ele faz por dia

( ) x 51 semanas = \_\_\_\_\_.

1.1.6 O município possui **Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social (NESMS)**?

( ) Sim

( ) Não

1.1.7 O município possui **Profissional de campo** para as ações de malacologia?

( ) Sim

( ) Não

1.1.8 O município possui **Digitador** para os boletins do PCE

( ) Sim

( ) Não

**1.1.9** Qual a cobertura de PSF?

---

**1.1.10** Qual a cobertura de PACS?

---

**“INDICADORES DE COBERTURA DE HABILITAÇÃO PROFISSIONAL”**

**OBS: para cada cálculo de indicador abaixo, usar a seguinte legenda:**

- Atingiu 80% ou mais: atribuir 2 pontos;
- Atingiu entre 50% e 79%: atribuir 1 ponto;
- atingiu menos de 49%: atribuir zero ponto.

**1. Percentual de profissionais treinados em suas funções específicas (Pontuação máxima: 20 pontos):**

**1.1. Agentes de campo para PCE**

Profissionais	Treinado em malacologia	Treinado em coproscopia	Treinado em educação em saúde	Treinado em diagnóstico laboratorial	% treinados em duas funções	Pontos
Agentes de endemias						

Onde e quando foi o treinamento?

---

**1.2. Profissionais da atenção básica** (treinados sobre o programa e diagnóstico e tratamento)

Profissionais	Existentes	Treinados	Percentual	Pontos
Médicos				
Enfermeiros				
ACS				

- *Cálculo:*

Pontuação para médicos: \_\_\_\_ ponto(s).

Pontuação para enfermeiros: \_\_\_\_ ponto(s).

Pontuação para ACS: \_\_\_\_ ponto(s).

Total de pontos: \_\_\_\_ pontos.

Onde e quando foi o treinamento?

---

**1.3. Gestores e gerentes** (pontuação total: 4 pontos):

Profissionais	Existentes	Treinados	Percentual	Pontos
Coordenador municipal das endemias/ PCE				
Gerente da VS				

- *Cálculo:*

Pontuação para coord. de endemias: \_\_\_\_ ponto(s).

Pontuação para coord. do PCE: \_\_\_\_ ponto(s).

Pontuação para gerente da VS: \_\_\_\_ ponto(s).

Total de pontos: \_\_\_\_ pontos.



Onde e quando foi o treinamento?

---

1.4. **Laboratoristas e auxiliares** de laboratório (*pontuação total: 4 pontos*):

Profissionais	Existentes	Treinados	Percentual	Pontos
Laboratoristas				
Auxiliares de laboratório				

- *Cálculo:*

Pontuação para laboratoristas: \_\_\_\_ ponto(s).

Pontuação para aux. de laboratório: \_\_\_\_ ponto(s).

Total de pontos: \_\_\_\_ pontos.

1.5. Equipe de educação em saúde (*pontuação total: 2 pontos*):

Profissionais	Existentes	Treinados	Percentual	Pontos
Educadores				

Onde e quando foi o treinamento?

---

1.6. **Digitadores** (*pontuação total: 2 pontos*):

Profissionais	Existentes	Treinados	Percentual	Pontos
Digitadores				

Onde e quando foi o treinamento?

---

## 1.2 RECURSOS MATERIAIS

### *“Inquéritos Coproscópicos Censitários”:*

1. Existência de *potes* para a realização dos exames parasitológicos de acordo com sua meta anual estipulada pela SES:

- Número de *potes* existentes no dia da visita: \_\_\_\_\_ *potes*;

NÃO RESPONDER ESTA PARTE

1.1. *Potes* existentes em nº suficiente ( ) (\_\_\_\_ **pontos**);

1.2. *Potes* existentes em nº insuficiente, mas existência de pedido feito à GERES: ( ) (\_\_\_\_ **pontos**);

1.3. *Potes* existentes em número insuficiente ou inexistentes e inexistência de pedido feito à GERES ( ) (\_\_\_\_ **ponto**);

- *Cálculo:* *potes* existentes no dia da visita \_\_\_\_\_ ; Exames Restantes \_\_\_\_\_;

2. Existência de *Etiquetas marcadoras* de *potes* para a realização dos exames parasitológicos de acordo com sua meta anual estipulada pela SES:

- Número de etiquetas existentes no dia da visita: \_\_\_\_\_ etiquetas.

NÃO RESPONDER ESTA PARTE

- 2.1. Etiquetas existentes em nº suficiente ( \_\_ pontos);  
 2.2. Etiquetas existentes em número insuficiente, mas existência de pedido feito à GERES ( \_\_ ponto);  
 2.3. Etiquetas existentes em número insuficiente ou inexistentes e inexistência de pedido feito à GERES ( \_\_ ponto);

- Cálculo: Etiquetas existentes no dia \_\_\_\_\_; Exames Restantes \_\_\_\_\_;

OBS:

\_\_\_\_\_;

**3. Existência de Formulário PCE 101:**

- Número de formulários existentes no dia da visita: \_\_\_\_\_ formulários.

OBS: o formulário utilizado já tem o espaço para colocar o nº do prontuário do paciente? ( ) sim ( ) não

NÃO RESPONDER ESTA PARTE

- 3.1. Em número suficiente para cumprir a meta ( ) ( \_\_ pontos)  
 3.2. Em número insuficiente para cumprir a meta ( ) ( \_\_ pontos)

- Cálculo: nº de exames pactuados ( ) / nº de formulários existentes x 20 = \_\_\_\_\_.  
 Parâmetro: 1 formulário dá para 20 comunitários;

**4. Existência de Kits de Kato-Katz:**

- Número de Kits completos existentes no dia da visita: \_\_\_\_\_ kits.

4.1. Quando foi a última vez que o município recebeu um Kit completo?

- ( ) No mesmo ano  
 ( ) Há mais de um ano

4.2. Não existe kit completo, mas existe:

4.2.1 Peso-medida:

- ( ) Existente, em bom estado de conservação e em número suficiente para a demanda  
 ( ) Inexistente ou existente, mas em mau estado de conservação e em número insuficiente para a demanda

**5. Existência de veículo para cumprir a meta (diária, semanal, mensal) de distribuição dos potes estipulada**

- ( ) Existe e é exclusiva da vigilância ambiental;  
 ( ) Existe mas não é exclusiva da vigilância ambiental;  
 ( ) Não existe.

6. Existência de *Mapa* com os percentuais de positividade por localidade, bem como sua classificação em localidade endêmica, de foco, indene

- ( ) Existente  
( ) Inexistente

7. Existência de *croqui* mostrando as coleções hídricas e a classificação segundo potencial de foco (coleção atual, potencial, criadouro, foco)

- ( ) Existente  
( ) Inexistente

### “LABORATÓRIO”

1. Existência de *laboratório municipal* que realiza diagnóstico de esquistossomose

- ( ) Existente  
( ) Inexistente

1.1. No laboratório, verificar:

1.1.1. Existência de *lâminas* de vidro:

- Número de lâminas de vidro no dia da visita: \_\_\_\_\_ lâminas.

#### NÃO RESPONDER ESTA PARTE

*em número suficiente (25% do número de exames previstos) para o diagnóstico parasitológico:*

- Lâminas existentes em nº suficiente: ( ) (\_\_\_ pontos);  
- Lâminas existentes em número insuficiente ou inexistente: ( ) (\_\_\_ ponto);  
- Cálculo: lâminas existentes \_\_\_\_\_; Exames Pactuados \_\_\_\_\_;

1.1.2. Existência de material de reposição para o Kit de Kato-Katz *no dia da visita?*

- Tela de nylon: \_\_\_\_\_ metros;  
- Verde malaquita: \_\_\_\_\_ ml;  
- Palheta: \_\_\_\_\_  
- Papel de celofane: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

### “QUIMIOTERAPIA”

1. Existência de Medicamentos (*Praziquantel*®) para o tratamento dos portadores:

- ( ) Existência de medicamentos ou de pedido oficial feito a GERES *no dia da visita*  
( ) Inexistência de medicamentos ou de pedido no dia da visita

Cálculo: Doentes estimados \_\_\_\_\_ x 6 compr. : 11 meses: \_\_\_\_\_;

OBS: - Prevalência de esquistossomose estimada no município: \_\_\_\_\_%;

### “CONTROLE DE PLANORBÍDEOS”

1. Existência de *Viatura* disponível para o trabalho de pesquisa de coleções hídricas

- ( ) Existente  
( ) Inexistente

2. Existência de *Equipamentos de proteção individual (EPI)* tais como botas e luvas para a realização das coletas de caramujos

- ( ) Existente  
( ) Inexistente

3. Existência de *Equipamentos* de trabalho diário

- ( ) *Concha* apropriada para captura de exemplares  
( ) *Pinças* para manipular os exemplares  
( ) *Microscópio estereoscópico (lupa)* para realização de identificação das espécies de caramujos e da cercaria

4. Documento mostrando o levantamento malacológico com identificação da espécie vetora e a taxa de infecção natural dos moluscos (Pontuação máxima: \_\_\_\_ pontos):

- ( ) Existente  
( ) Inexistente

#### ***“SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE O PCE”***

1. Existência de *Computador* disponível para digitação dos boletins do PCE (Pontuação máxima: \_\_\_\_ pontos):

- ( ) Existente  
( ) Inexistente

#### ***“EDUCAÇÃO EM SAÚDE”***

1. Existência de *Material educativo*

- ( ) Existente  
( ) Inexistente

2. Existência de *Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social (NESMS)*

- ( ) Existente (implantado)  
( ) Inexistente

### **COMPONENTES DE PROCESSO**

#### ***“DELIMITAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA”***

1. Uso, pelo próprio município, de alguma técnica de inquérito coproscópico amostral usada pelo município a fim de determinar a prevalência no âmbito do município bem como nas localidades

- ( ) sim: \_\_\_\_\_ pontos; Quais:

\_\_\_\_\_;

- ( ) não; \_\_\_\_\_ pontos

**“INQUÉRITOS COPROSCÓPICOS CENSITÁRIOS”**

1. Uso de critérios para escolher determinada área para ser alvo dos inquéritos (Pontuação máxima: \_\_\_\_ pontos):

-( ) sim: \_\_\_\_ pontos; Quais: \_\_\_\_\_;

-( ) não; \_\_\_\_ pontos;

2. Planejamento de ações antes de se dirigir ao campo

-( ) sim: \_\_\_\_ pontos; Como: \_\_\_\_\_;

-( ) não; \_\_\_\_ pontos;

3. Observação do cumprimento do intervalo de tempo máximo para a realização de uma intervenção em uma área (dois anos)

-( ) sim: \_\_\_\_ pontos;

-( ) não; \_\_\_\_ pontos;

4. Preocupação em cobrir áreas urbanas e rurais

-( ) sim: \_\_\_\_ pontos;

-( ) não; \_\_\_\_ pontos;

5. Utilização de mecanismos para diminuir as perdas dos potes

-( ) sim: \_\_\_\_ pontos;

-( ) não; \_\_\_\_ pontos;

Quais?

---

6. Que tipo de exame é feito no município?

( ) Hofmann

( ) Kato-Katz

7. Esta atividade é feita junto com a equipe de PSF?

-( ) sim: \_\_\_\_ pontos;

-( ) não; \_\_\_\_ pontos;

- Quais as atividades que são feitas em conjunto?

---

**“TRATAMENTO DE POSITIVOS”**

1. Que medicamento é utilizado no município?

---

2. Como se dá a captação e tratamento de pacientes provenientes da demanda passiva?

Há dificuldades no processo?

---

3. É realizado controle de cura? Como?

---



---

4. Como se dá o tratamento dos pacientes que participaram dos inquéritos?

---



---

**“CONTROLE DO MOLUSCO VETOR”**

1. Realização de coleta periódica de caramujos

- ( ) sim - ( ) não;

2. Realização de demarcação de estações de captura devidamente demarcadas em campo e assinaladas no croqui

- ( ) sim: - ( ) não;

**“MEDIDAS DE SANEAMENTO”:**

1. Realização, pelo próprio município, de medida(s) de saneamento com vistas à diminuição da taxa de infecção por esquistossomose (específicas)

- ( ) sim: - ( ) não;

**“EDUCAÇÃO EM SAÚDE”**

1. Realização de atividades educativas com a comunidade (comprovada em atas)

- ( ) sim: - ( ) não;

2. Existência de parcerias com ONGs, igrejas, etc.

- ( ) sim: - ( ) não;

3. Existência de comunicação com unidades de saúde

- ( ) sim:

- ( ) não, quem dá as palestras são os profissionais da Secretaria de Saúde

**“SISTEMA DE INFORMAÇÃO (SISPCE)”**

1. Como o boletim chega na mão do digitador?

( ) Vem direto do campo e é imediatamente digitado;

( ) Existe uma rotina de controle de qualidade antes dos boletins serem digitados (verificação da ordem das amostras, verificação das datas, etc);

( \_\_\_\_\_ ) Outros

2. Como são atribuídos os números de controle?

—

3. Quando os pacientes são tratados, como este dado chega à mão do digitador e como esta informação é digitada?

4. Digitação dos casos provenientes de demanda passiva (uso da ficha da atenção básica)?

- ( ) sim: \_\_\_\_\_ pontos; - ( ) não; \_\_\_\_\_ pontos;

5. A secretaria tem internet?

- ( ) sim: \_\_\_\_\_ pontos; - ( ) não; \_\_\_\_\_ pontos;

6. Como é feito o envio de dados para a SES (verificar rotina de Reindexação, reexportação, Reapresentação, cópia de segurança)?

\_\_\_\_\_

Com que frequência os dados são enviados para SES?

\_\_\_\_\_

### “VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA”

1. Há notificação de casos de esquistossomose? Como é feita?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. O que é um caso grave de esquistossomose pra você?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Há investigação dos casos notificados?

( ) Não;

( ) Sim; como é feita?

Usando a ficha no SINAN;

Usando formulário da atenção básica;

Outros; \_\_\_\_\_

4. Há investigação de óbitos?

( ) Não;

( ) Sim;

como é feita? \_\_\_\_\_

#### INDICADORES DE COBERTURA -----

**OBS: para cada cálculo de indicador abaixo, usar a seguinte legenda:**

- Atingiu 80% ou mais: atribuir 2 pontos;

- Atingiu entre 50% e 79%: atribuir 1 pontos;

- atingiu menos de 49%: atribuir zero ponto.

1. Percentual médio da *população trabalhada* do município por ano (Pontuação máxima: 2 pontos):

População do município	Média da população trabalhada por ano	Percentual da população trabalhada	Pontos

2. Percentual médio de *amostras recolhidas* (% de coletores recolhidos em relação aos distribuídos por município por ano) (Pontuação máxima: X pontos):

Coletores entregues no período trabalhado	Coletores recolhidos	% de amostras recolhidas	Pontos

3. Cobertura média de tratamento (Pontuação máxima: X pontos):

<b>Número total de positivos no período trabalhado</b>	<b>Número total de tratados no período</b>	<b>Cobertura média de tratamento</b>	<b>Pontos</b>

4. Periodicidade do fluxo da informação:

<b>Número total de anos trabalhados</b>	<b>Número de anos em que foram enviados dados para GERES/ SES</b>	<b>Proporção de anos com dados enviados</b>	<b>Pontos</b>

Fonte: Quinino, 2009.



## ANEXO B - AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR

### 1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome da Unidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.2 Localização: ( ) Zona Urbana ( ) Zona Rural

### 2 DADOS DO PROFISSIONAL

2.1 Profissional que respondeu ao questionário: ( ) médico ( ) enfermeiro

2.2 Telefone de contato: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2.3 Trabalha na unidade há quanto tempo:  
\_\_\_\_\_

2.4 Tem formação em saúde pública? ( ) sim ( ) não

2.5 É efetivo? ( ) sim ( ) não

### 3 ESTRUTURA

3.1 Que profissionais compõem a unidade de saúde hoje:

( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Auxiliar de enfermagem ( ) ACS (quantos: \_\_\_\_\_)

3.2 Cobertura: PACS \_\_\_\_\_ PSF \_\_\_\_\_

3.3 Treinamento em esquistossomose (diagnóstico/ tratamento; controle; etc.):

3.3.1 Médico: ( ) sim ( ) não

Que tipo? \_\_\_\_\_

Onde foi? \_\_\_\_\_

Quando foi? \_\_\_\_\_

3.3.2 Enfermeiro: ( ) sim ( ) não

Que tipo? \_\_\_\_\_

Onde foi? \_\_\_\_\_

Quando foi? \_\_\_\_\_

3.3.3 ACS (OBS: colocar no questionário do ACS)

### 4 PROCESSO

4.1 Que tipo de informações (sinais, sintomas, história clínica, etc.) o levam a suspeitar que você está diante de um caso de esquistossomose?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.2 Diante de um caso suspeito, que outros métodos diagnósticos (exames) devem ser solicitados para confirmar a suspeita?

---

---

4.3 Diante de um caso confirmado, qual o tratamento indicado?

---

---

4.4 Quem realiza o tratamento na sua unidade? ( ) Médico ( ) Enfermeiro

4.5 O tratamento é realizado na própria unidade ou o paciente é encaminhado para outras unidades de saúde?

---

---

4.6 Em que casos você costuma contra-indicar o tratamento?

---

---

4.7 O medicamento para tratamento esquistossomose encontra-se disponível na unidade?

( ) Sim

( ) Não; como são adquiridos?

---

---

4.8 Para você, o que é um caso grave de esquistossomose?

---

---

4.9 Qual a conduta diante de um caso grave?

---

---

4.10 Você sabe qual (is) o (s) hospital (is) de referência para esquistossomose? Já precisou encaminhar algum paciente?

---

---

4.11 Você notifica os casos de esquistossomose? ( ) Não ( ) Sim  
Em que casos?

---

---

4.12 Você já participou de alguma ação visando ao controle da esquistossomose, juntamente com profissionais da vigilância em saúde (agente de saúde ambiental, coordenador da vigilância, etc)?

---

---

4.13 Você já realizou ações de educação em saúde na sua área de abrangência que abordassem o tema esquistossomose? ( ) Não ( ) Sim  
Onde foi e que aspectos abordou?

---

## ANEXO C- AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA:QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO ENTREVISTA COM O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

### 1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome da Unidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/\_\_\_\_

1.2 Localização: ( ) Zona Urbana ( ) Zona Rural

### 2 DADOS DO PROFISSIONAL

2.1 Nome: \_\_\_\_\_

2.2 Telefone de contato: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2.3 Trabalha na unidade há quanto tempo: \_\_\_\_\_

2.4 Grau de instrução? \_\_\_\_\_ 2.5 É efetivo: sim ( ) não ( )

### 3 ESTRUTURA

3.1 Você já recebeu algum treinamento ou participou de palestras que falassem sobre esquistossomose?

( ) Não;

( ) Sim; onde foi? \_\_\_\_\_

Quando foi? \_\_\_\_\_

Sobre o que falaram?

\_\_\_\_\_

### 4 PROCESSO

4.1 O que você faz quando percebe que alguma pessoa da sua comunidade pode estar com esquistossomose?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.2 Você participa ou já participou de atividades de controle da esquistossomose juntamente com os agentes de endemias? ( ) Não ( ) Sim; quais?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.3 Quando você visita uma casa no seu trabalho diário, você geralmente fala sobre esquistossomose?

( ) Não;

( ) Sim; que tipo de informações?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

acompanha os pacientes doentes de esquistossomose quando eles vão tomar a medicação?

( ) Não;

( ) Sim;

( ) Não sei.

4.5 Você já se reuniu com pessoas da sua área (comunitários) para realizar alguma atividade com objetivo de acabar com os caramujos que transmitem a esquistossomose?

( ) Não;

( ) Sim; o que você fez?

---