



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



**Louisiana Regadas de Macedo Quinino**

---

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE  
CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE EM DOIS  
MUNICÍPIOS DA ZONA DA MATA DE  
PERNAMBUCO, BRASIL**

---

RECIFE  
2009

**Louisiana Regadas de Macedo Quinino**

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA  
ESQUISTOSSOMOSE EM DOIS MUNICÍPIOS DA ZONA DA MATA DE  
PERNAMBUCO, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de mestre em Ciências.

**Orientadora:** Constança Clara Gayoso Simões Barbosa

**Co-orientadora:** Isabella Chagas Samico

Recife  
2009

## Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

Q7a Quinino, Louisiana Regadas de Macedo.  
Análise da Implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em dois municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil/ Louisiana Regadas de Macedo Quinino. — Recife: L. R. M. Quinino, 2009.  
178 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Constança Simões Barbosa, Co-orientadora: Isabela Chagas Samico.

1. Esquistossomose mansoni – prevenção & controle. 2. Avaliação de programas e projetos de saúde. 3. Política de saúde. I. Barbosa, Constança Simões. II. Samico, Isabela Chagas. II. Título.

CDU 616.995.122

---

**Louisiana Regadas de Macedo Quinino**

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA  
ESQUISTOSSOMOSE EM DOIS MUNICÍPIOS DA ZONA DA MATA DE  
PERNAMBUCO, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profª Dra. Constança Simões Barbosa**

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

---

**Profª Dra. Severina Alice da Costa Uchôa**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

**Profª Dra. Eduarda Ângela Cesse Pessoa**

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

Dedico este trabalho ao Espírito Santo de Deus, sem o qual nada seria possível.

QUININO, Louisiana Regadas de Macedo. **Análise da Implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em dois municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil.** 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

## RESUMO

O controle nacional da esquistossomose foi implementado desde 1975, pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). Em 1999, a portaria nº 1.399 normatizou a descentralização da execução das ações de controle da esquistossomose para estados e municípios. Considerando-se que a realização das ações de controle da esquistossomose sofre influências do contexto onde estão inseridas, e que, depois da descentralização, nenhum estudo foi realizado visando avaliar como estas ações estão sendo realizadas pelos municípios, este estudo visa conhecer quais fatores, ligados ao contexto político e estrutural municipal, podem interferir na variação do grau de implantação do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) nos municípios de Escada e Goiana- PE. Para tanto, foi realizada a *avaliação normativa* das dimensões estrutura e processo para definição do grau de implantação das ações de controle e a *pesquisa avaliativa* que analisou os elementos contextuais, considerando-se as dimensões política e estrutural e sua influência no grau de implantação (GI) do PCE. Foi construído um modelo lógico do PCE a partir de informações contidas em documentos oficiais. Para coleta de dados referentes ao GI, foi elaborado um questionário estruturado a partir do modelo lógico que foi aplicado aos coordenadores do PCE nos municípios avaliados. Para coleta de dados do contexto, foi construído outro questionário estruturado a partir do modelo político e contingente, que foi aplicado aos secretários de saúde, coordenadores e agentes de endemias dos municípios. Também foram analisados documentos oficiais e feita observação direta. Utilizou-se um sistema de escores que classificou o GI do PCE em implantado, quando atingisse de 90 a 100 pontos; parcialmente implantado, de 60 a 89 pontos e não implantado, menos de 59 pontos. O GI do PCE em Escada foi *não implantado* (52,85 pontos) e em Goiana foi *parcialmente implantado* (63,65 pontos). A análise do contexto evidenciou que os principais obstáculos para a implantação das ações de controle da esquistossomose foram o pouco conhecimento dos atores sobre o funcionamento do PCE e sobre os indicadores por ele produzidos, o planejamento precário e desintegrado das ações de controle, a pouca prioridade dada à esquistossomose e a estrutura insuficiente. Os achados apontam para uma fragilidade na execução das ações de controle da esquistossomose nas instâncias municipais.

*Palavras-chave:* Esquistossomose mansoni - prevenção & Controle; Avaliação de programas e projetos de saúde; Política de saúde.

QUININO, Louisiana Regadas de Macedo. **Analysis on the Implementation of the Schistosomiasis Control Program in two municipalities in the Zona da Mata de Pernambuco, Brazil.** 2009. Dissertation (Masters in Public Health) - Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

## ABSTRACT

The national schistosomiasis control has been implemented since 1975 by the Superintendency of Public Health Campaigns (SPHC). In 1999, the decree No. 1399 has normalized the decentralization of schistosomiasis control for states and municipalities. Considering that the achievement of schistosomiasis control is influenced by the context in which they are inserted and that, after decentralization no studies have been conducted to evaluate how these actions are being undertaken by municipalities; this study aims to know which factors, linked to political and structural-municipal context, can interfere with the variation on the implementation degree of the Schistosomiasis Control Program (SCP) in the municipalities of Escada and Goiana-PE. For such, the *normative assessment* on the dimensions, structure and process was carried out for determining the implementation degree of control actions and, the *evaluative research* that has examined the contextual elements, considering political and structural dimensions and their influence on the implementation degree (ID) of the (SCP). It was built a logical SCP model from the information contained in official documents. To collect data on the ID, it was designed a structured questionnaire from the logical model applied to the SCP coordinators in the cities studied. For collecting data on the context, another structured questionnaire was built from the political and contingent model, which was applied to the health secretaries, coordinators and agents of endemics from municipalities. Official documents were also evaluated and direct observation was performed. It was used a scoring system that classified the ID of the SCP in: deployed - when it reached 90 to 100 points; partially implemented - 60 to 89 points and, not implemented - less than 59 points. The SCP's ID was *not implemented* (52.85 points) in Escada and *partially implemented* in Goiana (63.65 points). The context analysis showed that the main obstacles to the implementation of actions to schistosomiasis control include few knowledge of players on the SCP operation and its indicators produced, the poor planning and disintegrated of control actions, the low priority given to the schistosomiasis and insufficient infrastructure. The findings point to a weakness in the implementation of actions to schistosomiasis control in the municipalities.

**Keywords:** *Schistosomiasis mansoni* – prevention & control; Program Evaluation; Health Policy.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Características contextuais que podem influenciar os efeitos e o grau de implantação segundo o modelo político e contingente. ....	28
Quadro 2. Distribuição dos sujeitos da pesquisa de acordo com a fase da pesquisa, categoria de análise utilizada .....	42
Quadro 3. Categorias e subcategorias de análise e documento utilizado na definição de cada aspecto a ser avaliado .....	49
Quadro 4. Categorias de análise do contexto .....	50
Quadro 5. Técnica de coleta de dados utilizada de acordo com as categorias de análise e A fase da pesquisa .....	51
Quadro 6. Matriz de categorias e subcategorias de análise, indicadores, e padrões preconizadas para a realização das ações do PCE no nível local .....	53
Quadro 7. Matriz de categorias e subcategorias de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação máxima atingida pela subcategoria e fonte .....	63
Quadro 8. Matriz contendo a categoria e subcategorias de análise, para análise do contexto político sob a perspectiva do secretário de saúde .....	71
Quadro 09. Matriz contendo a categoria e subcategorias de análise, para análise do contexto político <i>sob a perspectiva do gerente/ coordenador</i> .....	72
Quadro 10. Matriz contendo a categoria e subcategorias de análise, para análise do contexto político sob a perspectiva do ASA .....	73
Quadro 11. Matriz de subcategorias de análise do contexto estrutural, segundo atributos dos gestores, parâmetros, forma de coleta da informação e a possível influência que esta categoria tem sobre o GI .....	75
Quadro 12. Matriz de subcategorias de análise do contexto estrutural segundo atributos organizacionais, parâmetros, forma de coleta da informação e julgamento sobre a possível influência que esta categoria tem sobre o GI .....	78
Quadro 13. Pontuação atingida por cada sub-componente e percentual total atingido pelo componente Recursos Humanos da dimensão estrutura em ambos os municípios. Goiana e Escada, 2009. ....	82
Quadro 14. Pontuação atingida por cada sub-componente e componente e	

percentual total atingido pelo componente Recursos Materiais da dimensão estrutura no município de Goiana e Escada. Goiana e Escada, 2009. ....	85
Quadro 15. Pontuação atingida por cada categoria profissional habilitada em sua função específica e percentual total atingido pelo componente Indicadores de Cobertura de Habilitação Profissional da dimensão estrutura nos municípios de Goiana e Escada. Goiana e Escada, 2009. ....	87
Quadro 16. Pontuação atingida por cada subcomponente da dimensão processo, no que diz respeito às variáveis dicotômicas, nos municípios de Goiana e Escada. Goiana e Escada, 2009. ....	93
Quadro 17. Pontuação atingida de acordo com a faixa de percentual alcançada por cada indicador de cobertura nos municípios de Goiana e Escada. Goiana e Escada, 2009. ....	94
Quadro 18. Influência do contexto político no Grau de Implantação das ações do PCE nos municípios de Escada e Goiana Escada e Goiana, 2009 .....	111
Quadro 19. Influência do contexto estrutural no Grau de Implantação das ações do PCE nos municípios de Escada e Goiana. Escada e Goiana, 2009. ....	112

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ASA	Agentes de Saúde Ambiental
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GERES	Gerência Regional de Saúde
GI	Grau de Implantação
LABEND	Laboratório de Endemias
MS	Ministério da Saúde
NESMS	Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social
ONG	Organizações Não Governamentais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAVS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PCE	Programa de Controle da Esquistossomose
PECE	Programa Especial de Controle da Esquistossomose
PMS	Plano Municipal de Saúde
PROFORMAR	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde
PROMATA	Programa de Desenvolvimento da Zona da Mata
PSF	Programa de Saúde da Família
RMR	Região Metropolitana do Recife
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SESP	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
SES/PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SISPCE	Sistema de Informação sobre o PCE
SINAN	Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação
SISFAD	Sistema de Informações sobre Febre Amarela e Dengue
SISLOC	Sistema de Informações Sobre Localidades
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS	Sistema Único de Saúde
UNAERP	Hospital da Aeronáutica
UPE	Universidade de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
1.1 A esquistossomose no estado de Pernambuco e o desenvolvimento das ações de controle	16
<b>2 A PROPOSTA ATUAL DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE</b>	<b>19</b>
2.1 Delimitação epidemiológica	19
2.2 Inquéritos coproscópicos censitários	19
2.3 Quimioterapia	20
2.4 Controle de planorbídeos	21
2.5 Medidas de saneamento ambiental	21
2.6 Educação em saúde e mobilização comunitária	21
2.7 Sistema de Informações sobre o Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE)	22
2.8 Vigilância Epidemiológica	22
<b>3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>23</b>
3.1 Avaliação normativa	24
3.2 Pesquisa avaliativa	25
3.2.1 Análise da implantação	26
3.2.1.1 <i>Estudo do contexto</i>	27
<b>4 OBJETIVOS</b>	<b>31</b>
<b>5 MÉTODO</b>	<b>32</b>
5.1. Desenho do estudo	32
5.2 Modelo teórico e modelo lógico	33
5.3 Área do estudo	38
5.3.1 Escada	38
5.3.2 Goiana	39
5.4 Sujeitos da pesquisa	41
5.5 Categorias de análise	42

5.5.1	Categorias de análise para determinação do grau de implantação	42
5.5.1.1	<i>Estrutura</i>	42
5.5.1.1.1	<u>Equipe de trabalho</u>	43
5.5.1.1.2	<u>Recursos materiais</u>	44
5.5.1.1.3	<u>Indicadores de cobertura de habilitação profissional</u>	44
5.5.1.2	<i>Processo</i>	44
5.5.1.2.1	<u>Delimitação epidemiológica</u>	45
5.5.1.2.2	<u>Inquéritos coproscópicos censitários</u>	45
5.5.1.2.3	<u>Tratamento dos casos positivos</u>	45
5.5.1.2.4	<u>Controle do molusco vetor</u>	45
5.5.1.2.5	<u>Medidas de saneamento</u>	46
5.5.1.2.6	<u>Educação em saúde</u>	46
5.5.1.2.7	<u>Sistema de Informações sobre o Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE)</u>	46
5.5.1.2.8	<u>Vigilância epidemiológica</u>	46
5.5.1.2.9	<u>Indicadores de cobertura</u>	47
5.5.1.3	<i>Grau de implantação</i>	48
5.5.2	Categorias de análise para estudo do contexto	48
<b>5.6</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>48</b>
5.6.1	Fontes e tipos de dados	48
5.6.2	Técnicas de coleta de dados	50
5.6.3	Instrumentos de coleta	51
5.6.3.1.	<i>Instrumento de Coleta dos dados para medição do grau de implantação</i>	51
5.6.3.2	<i>Instrumento de Coleta de dados para análise do contexto</i>	52
<b>5.7</b>	<b>Análise e tratamento dos dados</b>	<b>57</b>
5.7.1	Medição e análise do grau de implantação do PCE	57
5.7.1.1	<i>Plano de análise da avaliação da estrutura</i>	57
5.7.1.2	<i>Plano de análise da avaliação do processo</i>	60
5.7.1.3	<i>Plano de análise do Grau de implantação</i>	62
5.7.2	Plano de análise do contexto	68
5.7.2.1	<i>Análise da dimensão política</i>	68
5.7.2.2	<i>Análise da dimensão estrutural</i>	74

5.7.2.2.1 <u>Atributos dos gestores</u>	74
5.7.2.2.2 <u>Atributos organizacionais</u>	76
<b>6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b>	<b>79</b>
<b>7 RESULTADOS</b>	<b>80</b>
<b>7.1 Avaliação do Grau de Implantação</b>	<b>80</b>
7.1.1 Avaliação da dimensão estrutura	80
7.1.1.1 <i>Avaliação do componente Equipe de Trabalho (Recursos Humanos)</i>	81
7.1.1.2 <i>Avaliação do componente Recursos Materiais</i>	82
7.1.1.2.1 <u>Inquéritos coproscópicos censitários/ delimitação epidemiológica</u>	82
7.1.1.2.2 <u>Laboratório</u>	83
7.1.1.2.3 <u>Tratamento de doentes</u>	84
7.1.1.2.4 <u>Controle do molusco vetor</u>	84
7.1.1.2.5 <u>Sistema de Informações sobre o Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE)</u>	84
7.1.1.2.6 <u>Educação em Saúde</u>	84
7.1.1.3 <i>Avaliação do componente Indicadores de cobertura de habilitação profissional</i>	86
7.1.1.4 <i>Total de pontos da dimensão estrutura (GI da dimensão estrutura)</i>	87
7.1.2 Avaliação da dimensão processo	88
7.1.2.1 <i>Avaliação do componente Delimitação epidemiológica</i>	88
7.1.2.2 <i>Avaliação do componente Inquéritos coproscópicos censitários</i>	88
7.1.2.3 <i>Avaliação do componente tratamento de positivos</i>	90
7.1.2.4 <i>Avaliação do componente controle do molusco vetor</i>	90
7.1.2.5 <i>Avaliação do componente medidas de saneamento</i>	91
7.1.2.6 <i>Avaliação do componente educação em saúde</i>	91
7.1.2.7 <i>Avaliação do componente SISPCE</i>	91
7.1.2.8 <i>Avaliação do componente vigilância epidemiológica</i>	92
7.1.2.9 <i>Avaliação do subcomponente Indicadores de cobertura</i>	92
7.1.2.9.1 <u>Percentual médio da população trabalhada por ano</u>	92
7.1.2.9.2 <u>Percentual médio de amostras recolhidas</u>	92
7.1.2.9.3 <u>Cobertura média de tratamento</u>	94

7.1.2.9.4 <u>Periodicidade do fluxo da informação</u>	94
7.1.2.10 <i>Total de pontos da dimensão processo</i>	94
7.1.3 Cálculo do Grau de Implantação	95
7.1.3.1 <i>Cálculo do GI do PCE em Escada</i>	95
7.1.3.2 <i>Cálculo do GI do PCE em Goiana</i>	95
<b>7.2 Análise do contexto</b>	<b>96</b>
7.2.1 Análise da dimensão política	96
7.2.1.1 <i>Análise do contexto político sob a perspectiva do gestor municipal (secretário de saúde)</i>	96
7.2.1.1.1 <u>Goiana</u>	96
7.2.1.1.2 <u>Escada</u>	96
7.2.1.2 <i>Análise do contexto político sob a perspectiva do coordenador do PCE</i>	97
7.2.1.2.1 <u>Goiana</u>	97
7.2.1.2.2 <u>Escada</u>	99
7.2.1.3 <i>Análise do contexto político sob a perspectiva do ASA</i>	100
7.2.1.3.1 <u>Goiana</u>	100
7.2.1.3.2 <u>Escada</u>	101
7.2.2 Análise da dimensão estrutural	101
7.2.2.1 <i>Atributos dos gestores</i>	101
7.2.2.1.1 <u>Atributos do secretário de saúde</u>	101
7.2.2.1.2 <u>Atributos do coordenador do PCE</u>	103
7.2.2.2 <i>Atributos organizacionais</i>	105
7.2.2.2.1 <u>Centralização</u>	105
7.2.2.2.2 <u>Formalização</u>	106
7.2.2.2.3 <u>Cultura de planejamento, monitoramento e avaliação</u>	107
7.2.2.2.4 <u>Especialização</u>	108
7.2.2.2.5 <u>Tamanho</u>	108
7.2.3 A influência do contexto no GI do PCE	109
7.2.3.1 <i>Influência do contexto político</i>	109
7.2.3.2 <i>Influência do contexto estrutural</i>	109
<b>8 DISCUSSÃO</b>	<b>113</b>

<b>9 CONCLUSÃO</b>	<b>127</b>
<b>10 RECOMENDAÇÕES</b>	<b>129</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO</b>	<b>158</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A esquistossomose no estado de Pernambuco e o desenvolvimento das ações de controle

No Brasil, estima-se, atualmente, que a esquistossomose comprometa entre 2.500.000 e 8.000.000 da população, sendo que no estado de Pernambuco cerca de 15% da população apresenta-se infectada (AMARAL; PORTO, 1994; BARBOSA; SILVA; BARBOSA, 1996; BRASIL, 2008a; BURLANDY-SOARES et al., 2003; COURA; AMARAL, 2004; GAZZINELLI et al., 2005; KATZ; PEIXOTO, 2000). A doença é endêmica na Zona da Mata e alguns municípios do Agreste, estando distribuída em 72 dos 185 municípios do estado (39%) (BRANCO, 1996; CARVALHO et al., 1998; NORONHA et al., 1995; RESENDES; SOUZA-SANTOS; BARBOSA, 2005; SOUZA et al., 2008).

Em relação à morbi-mortalidade, estudo realizado por Resendes, Souza-Santos e Barbosa (2005) mostra uma redução da gravidade da esquistossomose em Pernambuco, ratificada pela redução do número de internações hospitalares e óbitos pela doença. Não obstante, isto não significa dizer que esta endemia está sob controle no estado. Dados do órgão oficial de controle da esquistossomose, Fundação Nacional de Saúde (FNS), indicam que o estado de Pernambuco está entre as áreas que exibem prevalência média mais elevada de pessoas infectadas pelo *Schistosoma mansoni* (BARBOSA; SILVA; BARBOSA, 1996). Este indicador de morbidade, contudo, não manifesta especificidades locais. A Zona da Mata, por exemplo, é uma área do estado que possui prevalências crônicas, com até 80% de indivíduos parasitados em certas localidades (BARBOSA; SILVA, 1992).

Desde a década de 90 tem-se observado a expansão da esquistossomose para áreas litorâneas do Estado e Região Metropolitana do Recife (RMR), quando foram registrados os primeiros casos em veranistas e moradores da Praia de Itamaracá (GONÇALVES et al., 1991) e, posteriormente, em Porto de Galinhas (BARBOSA et al., 2001a). Tal ocorrência é bastante preocupante não apenas porque esta é uma área de recente introdução da doença, mas também pelo fato de a enfermidade ter se apresentado na forma clínica aguda (ARAÚJO et al., 2006).

Focos também vêm surgindo no Grande Recife, em locais de povoamento intenso ou recente, como favelas e alojamentos para trabalhadores da construção civil (SAMICO, 1989; BARBOSA et al., 2001a).

Desde 1975, vêm sendo implementadas ações de controle da esquistossomose em todo o país, sendo que a primeira iniciativa foi a criação do Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE), pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). Este programa era caracterizado por uma administração única e vertical e suas ações perpassavam os estabelecimentos de saúde de forma individualizada e desintegrada (TEIXEIRA; PAIM, 1990). Seu funcionamento fundamentava-se no modelo campanhista, implantado no início do século XX sob a rubrica de Oswaldo Cruz. Este modelo, 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)

Em 1980, o PECE perdeu as características de programa especial, tornando-se um programa de rotina do Ministério da Saúde, e passou a ser denominado Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), mantendo a mesma metodologia e o caráter centralizador do programa (BARBOSA et al., 2009; FAVRE et al., 2001). Observa-se que, no momento em que o PCE priorizou o tratamento de doentes, passou a refletir algumas características do modelo médico-assistencial-privatista, que tem origens na medicina liberal e caracteriza-se por centrar-se na demanda espontânea, ser predominantemente curativo, prejudicando o atendimento integral ao paciente e não se encontrar organizado para atender às necessidades de uma população definida (PAIM, 2003).

Em meados da década de 70, diante da insuficiência dos modelos de atenção vigentes em atender às necessidades da população, movimentos políticos e sociais permitiram a construção do processo político denominado movimento sanitário (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000; ESCOREL, 1998), que culminou com a proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (PAIM, 2003) tendo como idéia a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas diretrizes eram a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Para efetivar

estas diretrizes, em 1999, através da portaria nº 1.399 (BRASIL, 2008b), foi normatizada a descentralização da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, dentre estas, a esquistossomose, que sai da competência da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), para os estados e municípios. Atualmente, o Pacto pela Saúde 2006 adiciona novas condições para o processo de descentralização, através da firmação de pactos entre os gestores das três esferas do SUS (BRASIL, 2006).

Apesar da existência de diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde visando o controle desta enfermidade nas instâncias municipais (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998), o município deve realizar um diagnóstico integral da situação de saúde-doença, considerando todos os determinantes biológicos e sociais para, assim, observar as normas e aplicá-las à realidade local.

De um modo geral, as recomendações para a correta realização destas atividades nos municípios incluem a organização de estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob a sua responsabilidade de forma integrada, evitando-se a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças; integração da rede assistencial, conveniada ou contratada com o SUS, nas ações de prevenção e controle de doenças; e finalmente, a incorporação das ações de vigilância, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle de doenças às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2008b).

Em Pernambuco, a descentralização das ações de controle da esquistossomose ocorreu no período entre 1999 e 2000; desde então, as atividades de controle da esquistossomose vêm sendo realizadas pela maioria dos municípios endêmicos para esquistossomose, mas a forma como estão sendo realizadas estas atividades deixa a desejar. Trabalhos realizados por Farias et al. (2007) com análise de resultados e Quinino et al. (2009) mostram, a partir de dados colhidos no Sistema de Informações sobre o Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE), algumas das dificuldades enfrentadas pelos municípios na operacionalização das ações de controle da esquistossomose, que incluem a realização de atividades de controle de forma desintegrada e desarticulada.

## **2 A PROPOSTA ATUAL DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE**

Atualmente, as ações de controle da esquistossomose são realizadas pelos agentes de endemias das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e relacionam-se estreitamente com a classificação das áreas (localidades) em questão, indenes ou endêmicas. O PCE só deve ser implementado em áreas conhecidamente endêmicas e seus objetivos incluem a prevenção da ocorrência de formas graves de esquistossomose, a redução da positividade nas localidades abrangidas pelo programa a níveis inferiores a 25% e o combate à dispersão da endemia. A implementação do PCE passa por diferentes fases, a saber (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998):

### **2.1 Delimitação epidemiológica**

A delimitação das áreas endêmicas já foi feita no período do PECE. Porém, há áreas onde se faz necessário realizar este trabalho através de inquéritos coproscópicos amostrais. Devem ser levantadas todas as informações que facilitem o mapeamento e distribuição da doença como registros de morbidade, elaboração de croqui das localidades, etc. A função desta atividade na área endêmica é classificar as áreas a serem trabalhadas através do mapeamento e de acordo com a prevalência encontrada em cada localidade: baixa, < 25%; média, 25-50% e alta, > 50%, e é feita a partir de inquéritos coproscópicos amostrais (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998);

### **2.2 Inquéritos coproscópicos censitários**

Têm a finalidade de acompanhar a evolução da esquistossomose nos municípios e localidades trabalhadas, identificar as pessoas que devem ser tratadas

e avaliar o impacto das ações de controle. Eles são realizados na rotina do programa e são executados pelos Agentes de Saúde Ambiental (ASA) e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2007), sob supervisão do coordenador do programa e enfermeiros. É realizado mediante a coleta de material fecal que será examinado pelo método de diagnóstico Kato-Katz. A partir do resultado, pode-se calcular a prevalência e a intensidade da infecção da esquistossomose nas localidades trabalhadas.

O Ministério da Saúde (MS) recomenda que, após a realização do inquérito inicial, deve-se fixar a periodicidade dos inquéritos a cada dois anos. Os passos subsequentes para o controle da doença vão depender de inquéritos coproscópicos bem realizados, que cubram ao menos 80% da população local. Dependendo do resultado encontrado nos inquéritos, o município pode ser classificado como endêmico ou indene o que alterará as atividades de controle realizadas. Naqueles municípios onde o total de localidades negativas ou com positividade inferior a 5% atingir 50% do total de localidades, deverá se implantar um sistema de vigilância epidemiológica para que a avaliação passe a ser feita a partir dos casos detectados passivamente nos serviços permanentes de saúde (BRASIL, 2005; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

### **2.3 Quimioterapia**

O MS recomenda que se tratem todos os doentes, buscando coberturas superiores a 80%. O tratamento deverá ser administrado de acordo com a prevalência encontrada na localidade (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998): prevalência menor que 25%, tratar somente os casos positivos; prevalência igual ou superior a 25% e menor que 50%, tratar casos positivos e conviventes no domicílio; prevalência maior que 50%, tratar toda a população. Deve ser realizado pelo profissional da atenção básica da área onde está acontecendo o inquérito, habilitado para tal. Nas áreas descobertas pelo PSF, os casos positivos devem ser referenciados para um profissional de outra área (BRASIL, 2007).

## **2.4 Controle de planorbídeos**

Até a década de 80, o MS recomendava métodos químicos para o controle de planorbídeos onde a prevalência fosse igual ou maior do que 25% ou quando obras de engenharia sanitária não fossem viáveis. Hoje em dia, para o controle dos moluscos hospedeiros não se recomenda o uso de métodos químicos, mas sim o manejo ambiental, uma vez que a aplicação de moluscidas se mostrou inócua para reduzir a transmissão da esquistossomose (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

## **2.5 Medidas de saneamento ambiental**

Medidas de saneamento devem ser tomadas em todas as localidades, independente do nível de prevalência e deve contar com a participação dos órgãos municipais e da comunidade local. O saneamento ambiental aplicado ao controle da esquistossomose tem como objetivos maximizar as condições naturais adversas à proliferação e ao desenvolvimento dos hospedeiros intermediários e reduzir a possibilidade de contato do homem com o agente patógeno. As medidas principais incluem: aterro de coleções hídricas; drenagem ou retificação de leitos, etc. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

## **2.6 Educação em saúde e mobilização comunitária**

Devem ser realizadas independente dos níveis de prevalência, e visa não só envolver as comunidades na execução das ações de controle, como também ampliar seu nível de conscientização de modo a lhe permitir demandar das autoridades competentes as medidas concretas para a solução do problema da esquistossomose (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998). Deve ser realizada por todos os profissionais envolvidos com o programa (BRASIL, 2007).

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

Os municípios devem consolidar os dados gerados a partir das atividades do PCE e alimentar seu sistema de informações específico: o SISPCE. Este sistema criado em 1996 reúne informações sobre o número de pessoas que realizaram inquéritos em cada localidade, número de tratados e o motivo do não tratamento, número de doentes com outras parasitoses. É um instrumento de monitoramento e avaliação das atividades do PCE (FARIAS et al., 2007). Para tanto, o resultado de todas as atividades realizadas nos municípios devem ser digitados no sistema e enviados anualmente para a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

## **2.8 Vigilância epidemiológica**

Nas áreas endêmicas e de foco, o objetivo da vigilância é avaliar o impacto das ações de controle mediante monitoramento das formas graves e dos óbitos provenientes da demanda passiva, pela rede básica de atenção à saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998). Esta medida contribui para uma melhor integração do PCE com os demais programas e estratégias das secretarias de saúde, como PACS/PSF, ajudando a prevenir soluções de continuidade ou espaçamentos entre os ciclos de tratamento e possibilitando maior impacto nos níveis endêmicos (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007).

Sendo assim, considerando a situação epidemiológica da esquistossomose no estado de Pernambuco, as dificuldades apresentadas pelos municípios em operacionalizar as ações de controle da esquistossomose, conforme verificado por Quinino et al. (2009) e Farias et al. (2007), bem como a necessidade de adequar o controle da esquistossomose ao cenário atual de atenção a saúde, percebe-se a necessidade de se instaurarem processos avaliativos que procurem conhecer como estão sendo realizadas as ações de controle da esquistossomose nas instâncias municipais, buscando entender as condições de implantação das intervenções.

### 3 AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE

A área de avaliação de programas iniciou-se nos anos 60 e era baseada unicamente nos efeitos trazidos pelos mesmos. Este tipo de avaliação apoiava-se no modelo da *caixa-preta*, onde a intervenção é impermeável à influência das características do contexto na qual está inserida. Como observam McLaughlin (1985) e Weiss e Rein (1972), esta abordagem é amparada em uma concepção simplista das condições de implantação das intervenções e é pouco condizente com a realidade de execução das mesmas, pois não considera o papel desempenhado por um conjunto de variáveis que não a intervenção (características dos atores, da organização, etc.) na determinação dos efeitos observados (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Desde então, o interesse pela avaliação vem crescendo em todo o mundo.

Entre os fatores envolvidos no interesse crescente em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil podem-se apontar: (1) as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS, tais como o processo de descentralização das responsabilidades, ações e recursos; (2) a maior complexidade do perfil epidemiológico do país, com distintos problemas e necessidades, requerendo novas abordagens e incorporando novas tecnologias; (3) a exigência cada vez maior do controle de gastos em saúde e, com mais frequência e contundência, a cobrança dos organismos financiadores externos. As decisões necessárias para atender aos preceitos da qualidade da atenção prestada e da viabilidade econômica do SUS são particularmente difíceis de tomar, pois envolvem um sistema de saúde muito complexo e grandes zonas de incerteza nas relações entre os problemas de saúde mais as intervenções suscetíveis de resolvê-las e as expectativas crescentes da população. Nesse contexto, a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde é cada vez mais reconhecida e a avaliação parece ser a melhor solução (FIGUEIRÓ et al., 2008).

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, serão utilizadas a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa.

### **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. Critérios e normas são indicadores do bom e do bem, derivados dos resultados de pesquisa ou fundamentados no julgamento de pessoas bem informadas ou de *experts* na área, que se apóiam no postulado de uma relação entre o respeito aos critérios e os efeitos reais do programa ou da intervenção (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?”

O Processo determina como o sistema realmente funciona. Os *serviços oferecidos pela intervenção* são comparados com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados esperados.

Apreciação dos Resultados responde à questão “os resultados observados correspondem aos esperados?”

Os resultados obtidos são comparados com critérios e normas de resultados esperados. A avaliação é dificultada, na prática, pela complexa rede de causalidade do processo saúde/doença, e muitas vezes é insuficiente para estabelecer um julgamento válido.

Pode-se, ainda, medir o GI de uma intervenção. Segundo Denis e Champagne (1997), grau de implantação é a “contribuição dos componentes verdadeiramente implantados do programa na produção dos efeitos”. Esta atividade exige que se especifiquem os componentes da intervenção; identifiquem as práticas correntes em nível das áreas envolvidas teoricamente pela intervenção e analisem a variação na implantação em função das características contextuais.

### **3.2 Pesquisa avaliativa**

Pesquisa Avaliativa é o procedimento que consiste em fazer um julgamento de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência – *análise estratégica*; os fundamentos teóricos – *análise lógica*; a produtividade; os efeitos; o rendimento; as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa – *análise de implantação*, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Fazer pesquisa avaliativa em uma intervenção consistirá, portanto, em fazer uma ou várias dessas análises (CONTRANDIOPOULOS et al., 1997).

### 3.2.1 Análise da implantação

A análise da implantação consiste em medir a influência que pode ter a variação no GI de uma intervenção nos seus efeitos como também em apreciar a influência do ambiente e do contexto no qual a intervenção está implantada sobre os efeitos da intervenção. Ela é particularmente indicada quando a intervenção é complexa e composta de elementos seqüenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos (CONTRANDIOPOULOS, 1997).

A análise da implantação visa superar aquelas avaliações baseadas unicamente nos efeitos trazidos por uma intervenção, que se apóiam no que McLaughlin (1985) chama de modelo de *caixa preta* (*Black Box experiment*). Segundo este modelo, a intervenção apresenta pouca ou nenhuma variação ao ser implantada e é impermeável à influência das características dos meios onde ela é introduzida. A análise da implantação se propõe a ir além permitindo um julgamento não só sobre a eficácia de uma intervenção, mas também sobre os fatores explicativos dos resultados obtidos (WEISS; REIN, 1972), identificando os procedimentos implicados na produção dos efeitos de uma intervenção, sendo similar ao que McLaughlin (1985) chamou de estudo dos processos causais.

A análise da implantação se apóia conceitualmente na análise da influência sobre três componentes:

- a) Componente 1: análise dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções;
- b) Componente 2: análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados;
- c) Componente 3: análise da influência da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados.

Segundo Hartz (1997):

A importância de se avaliar a implantação de uma intervenção revela-se indispensável para se chegar a conhecer a totalidade das intervenções, no que se relaciona à validade do seu conteúdo (intensidade com a qual as atividades são realizadas e sua adequação às normas existentes), e aos fatores explicativos das defasagens observadas entre a planificação e a execução das ações.

Ela obriga a construir, a priori, a teoria do programa, especificando sua natureza (componentes e práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados.

O primeiro componente procura entender melhor as variações observadas em nível da implantação, definindo os fatores explicativos das diferenças observadas entre a intervenção planejada e a implantada. Neste caso, a variável dependente é o GI e a preditora são os fatores contextuais. O segundo componente busca analisar a influência do grau de implantação da intervenção. Aqui, a variável dependente são os efeitos observados após a introdução da intervenção e a variável preditora é o próprio GI. O terceiro e último tipo de análise da implantação, por sua vez, combina as variáveis preditoras GI e contexto, analisando a influência desta interação nos efeitos observados (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

#### 3.2.1.1 Estudo do contexto

Teóricos da organização sugerem diversos modelos para estudar a influência do contexto na implantação das intervenções, porém, estão longe de um consenso. De uma forma geral, estes modelos podem ser agrupados em cinco perspectivas: racional; desenvolvimento organizacional; psicológico; estrutural e político (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Diante da diversidade de abordagens, Denis e Champagne (1997) propõem o *modelo político e contingente*, que se inspira nas abordagens política e estrutural. Segundo este modelo, o processo de implantação de uma intervenção deve, antes de tudo, ser abordado segundo uma perspectiva política. Ele sofre as pressões de caráter estrutural, isto é, as características estruturais de uma organização que funcionam em antagonismo ou sinergia na implantação de uma intervenção. Este foi o modelo utilizado no presente estudo (Quadro 1).

O modelo estrutural diz que as organizações que tem um contexto favorável a implantação de uma intervenção se distinguem das outras por uma série de características referentes a atributos organizacionais (formalização, centralização, planejamento, etc), aos atributos dos gestores e às características do ambiente.

Finalmente, o modelo político, que diz que um contexto favorável à implantação de uma intervenção depende da abordagem política de três fatores: de um suporte dado à intervenção pelos agentes de implantação; do exercício por estes, de um controle suficiente na organização para estar apto a operacionalizar e tornar eficaz a intervenção; e de uma forte coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que dão à intervenção mais os objetivos que ali estão associados. As dificuldades impostas à implantação de uma intervenção dependem, segundo este modelo, de interesses particulares dos atores influentes na organização e não de uma eficácia no processo de planejamento (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Os atributos da organização derivam das diversas teorias da administração e muitos deles são aplicáveis às situações de hoje, bastando apenas, considerar a especificidade de cada uma (CHIAVENATO, 1997). Os atributos que permeiam todas as teorias e estão presentes em praticamente todas as estruturas organizacionais são:

<b>ABORDAGEM/ MODELO</b>	<b>INFLUÊNCIA NO GRAU DE IMPLANTAÇÃO</b>
<b>Estrutural (atributos organizacionais, atributos dos gestores)</b>	As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem a implantação de uma intervenção?
<b>Político (atores, conflitos, poder, estratégia)</b>	As relações entre os atores são modificadas pela implantação da intervenção? Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção? Os atores que controlam a base de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção?

Quadro 1. Características contextuais que podem influenciar os efeitos e o grau de implantação segundo o modelo político e contingente.

Fonte: adaptado de Denis e Champanhe, 1997.

- a) Centralização: avalia a distribuição de poder dentro da organização (CHIAVENATO, 1997; HALL, 1966);
- b) Formalização do comportamento: é o conjunto de normas e procedimentos adotados na execução das atividades para a realização dos trabalhos (POMPERMAYER, 2008). O conceito de formalização, para Hall (1966), reflete o julgamento que os dirigentes fazem de seus subordinados, considerando-os capazes de tomar suas próprias decisões. A estrutura formal, segundo Oliveira (1994), *é aquela deliberadamente planejada e formalmente representada, em alguns de seus aspectos, pelo organograma*. O organograma, segundo Mintzberg

(1995), apesar de não mostrar os relacionamentos informais, retrata fielmente a divisão do trabalho e exibe de forma clara: quais posições existem na organização; como estas são agrupadas em unidades e como a autoridade formal flui entre elas.

c) Cultura de planejamento, monitoramento e avaliação: verifica o grau de planejamento que ocorre em uma organização, através da elaboração de planos e verificação do cumprimento do que foi planejado (MINZTBERG, 2003);

d) Especialização: com a especialização, há uma profunda separação das funções de acordo com as especialidades envolvidas. A especialização acontece quando há uma plena concentração em cada atividade, sem necessidade de voltar a atenção para as demais. A especialização permite que se aumente a perícia, a eficiência e a qualidade do trabalho. Por outro lado, a *superespecialização* também pode prejudicar a criatividade dos trabalhadores (CHIAVENATO, 1997);

e) Tamanho: é o porte da organização (POMPERMAYER, 2008).

Dependendo do enfoque da organização, ela pode ser tradicional ou inovadora. Uma *estrutura organizacional mecanicista (tradicional)* enfatiza a comunicação e o controle vertical, baseado na *hierarquia*, com *tarefas rigidamente definidas*. A tomada de decisão é *centralizada* e os membros da empresa são submetidos a grande volume de *regulamentos*. Do outro lado, tem-se a *estrutura organizacional orgânica (inovadora)*, onde diferentemente, há maior *comunicação horizontal*, com *redefinições freqüentes das tarefas*. A decisão é *descentralizada*, aumentando a *participação dos trabalhadores*, ao mesmo tempo em que os *regulamentos são atenuados*.

Os enfoques atuais apontam para a superação de estruturas com altos níveis de formalização, centralização e especialização e abrem espaço para o surgimento de sistemas mais flexíveis, em que imperam a *participação* e os processos decisórios consensuais grupais. Sai de cena o controle autoritário; entra o controle através da cultura organizacional (WOOD JR., 1995). Sai de cena a estrutura usual funcional, entra em cena modelos mais adaptados a mudanças contínuas do

ambiente. Seja qual for a forma básica escolhida, as organizações devem desenvolver mecanismos que propiciem a criatividade, inovação e o aprendizado contínuo (MOURA JÚNIOR; MOURA; RODRIQUEZ, 2008). Este foi o enfoque trabalhado neste estudo.

A partir desses marcos teórico e metodológico, fica clara a necessidade de instalação de processos avaliativos que possam dar subsídios para o diagnóstico da adequação das intervenções propostas pelo PCE considerando o processo de descentralização das ações de saúde proposto pelo SUS e os diversos contextos municipais.

O presente estudo pretende conhecer quais fatores, ligados ao contexto político e estrutural municipal, podem interferir na variação do grau de implantação das ações de controle da esquistossomose em dois municípios de Pernambuco.

## **4 OBJETIVOS**

### **Geral**

Analisar a implantação do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) em dois municípios da área endêmica de Pernambuco a partir da apreciação dos fatores que, ligados ao contexto organizacional municipal, podem interferir na variação do grau de implantação do PCE em municípios de Pernambuco.

### **Específicos:**

- a) Estimar o grau de implantação (GI) do PCE;
- b) Analisar os fatores políticos e estruturais do contexto municipal que podem estar relacionados com a variação no GI do PCE.

## 5 MÉTODO

### 5.1 Desenho do estudo

Ao se admitir que a intervenção não pode ser dissociada da conjuntura onde ela está sendo realizada e que, para avaliar esta conjuntura há a necessidade de se analisar vários elementos simultaneamente, a estratégia adotada no estudo foi a pesquisa sintética de caso (estudo de caso) com níveis de análise imbricados.

Segundo Contrandiopoulos et al. (1999), a pesquisa sintética é aquela que, para prever comportamentos ou fenômenos complexos, examina o conjunto das relações onde intervêm, simultaneamente, diversas variáveis independentes e dependentes num modelo de relações interdependentes. Para Denis e Champagne (1997), a potência explicativa do estudo de caso decorre da profundidade da análise do caso e não do número de unidades analisadas.

O modelo do estudo foi o estudo de caso, onde o município é o caso, com níveis de análise imbricados, onde há interesses por diferentes planos de explicação do evento em questão (CONTRANDIOPOULOS et al., 1999). Este recurso favorece a compreensão do caso, pois aumenta as possibilidades de análise e o grau de confiabilidade nos resultados da pesquisa já que, ao se considerar vários planos se interceptando na explicação de um mesmo fenômeno, pode-se julgar se há réplica dos resultados. Os níveis de análise utilizados foram a gestão municipal do programa (âmbito central) e a operacionalização do programa (âmbito da vigilância em saúde).

O desenho do estudo foi a Análise de Implantação, privilegiando o componente 1 (um), que corresponde na tipologia proposta por Denis e Champagne (1997), à análise da influência dos determinantes contextuais no grau de implantação da intervenção. A escolha pelo componente 1 se justifica quando uma intervenção é complexa e composta de elementos seqüenciais. A utilidade deste tipo de análise é procurar entender melhor o que explicam as variações observadas em nível da implantação de uma intervenção, supondo que estas últimas influenciam fortemente os efeitos produzidos pela intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Foi necessária, ainda, a utilização de um componente da avaliação normativa para 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.

Nesta fase do estudo (normativa), os componentes da estrutura e processo foram avaliados e o grau de implantação foi medido.

## **5.2 Modelo teórico e modelo lógico**

No campo da avaliação este estudo trabalhou com os conceitos de modelo teórico e modelo lógico. O termo “modelo lógico” deve ser entendido enquanto “um esquema visual de como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados” (MEDINA et al., 1997). Ele deve conter os objetivos geral e específicos, metas do programa, os insumos necessários, as atividades requeridas para execução dos seus componentes, os produtos esperados, seus resultados e efeitos na situação de saúde da população. Ele contém o detalhamento das atividades que devem ser realizadas pelo programa, à luz de critérios e normas. Em suma, ele é uma maneira visual e sistemática de apresentar o link entre a intervenção e o efeito. Para atender ao objetivo específico 1 do presente trabalho, utilizou-se o conceito de modelo lógico como referência na definição do grau de implantação do PCE.

Para atender ao objetivo específico 2, adotou-se o conceito de modelo teórico, que compreende não apenas a parte operacional do programa, mas todo o contexto que está por trás da realização desta intervenção. Ele compreende os diversos fatores que podem influenciar o alcance das metas e objetivos do programa e abrange fatores individuais, sistêmicos e organizacionais. Neste trabalho, o conceito de modelo teórico foi usado como referência na análise do contexto.

Para construção do modelo lógico do PCE foi necessária a especificação dos seus componentes a partir dos seguintes documentos:

- a) Controle da esquistossomose- diretrizes técnicas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998);
- b) Programação das Ações Prioritárias/ Vigilância em Saúde 2008 (BRASIL, 2008
- c);

- c) Portaria nº 1172, de 15 de junho de 2004 (BRASIL, 2008d);
- d) Cadernos de Atenção Básica nº 21 (BRASIL, 2007);

Foram considerados como componentes do PCE: delimitação epidemiológica, inquéritos coproscópicos censitários, quimioterapia, controle de moluscos vetores, medidas de saneamento ambiental, sistema de informação, educação em saúde e mobilização comunitária e vigilância epidemiológica.

O modelo lógico do PCE, elaborado à luz dos critérios e normas existentes para um efetivo controle da doença no nível municipal, pode ser visualizado na figura 1 e o modelo teórico, que servirá como guia para análise da influência do contexto no grau de implantação, pode ser visualizado na figura 2.

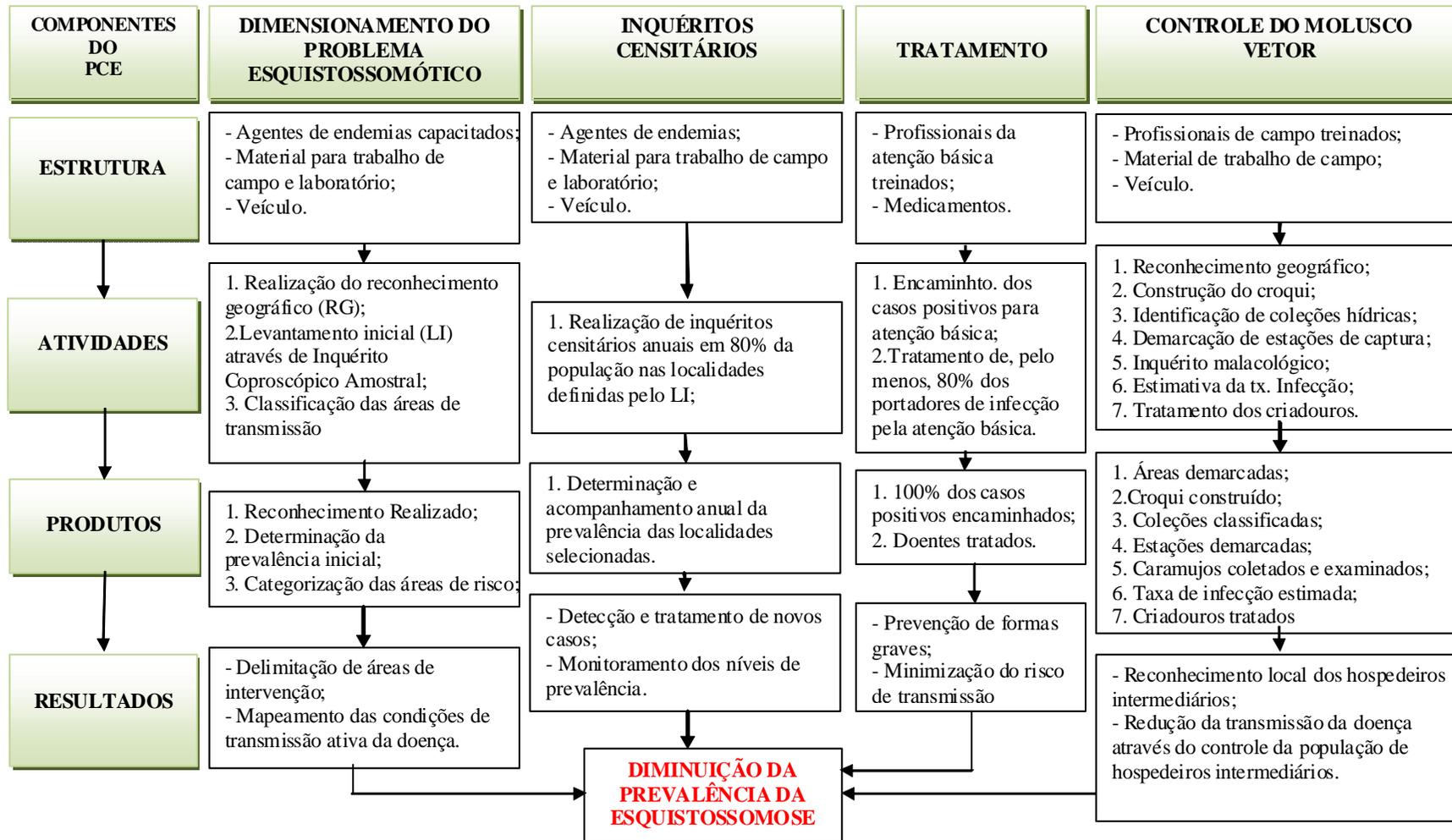


Figura 1. Modelo lógico do PCE (Continua).  
Fonte: autora do trabalho.

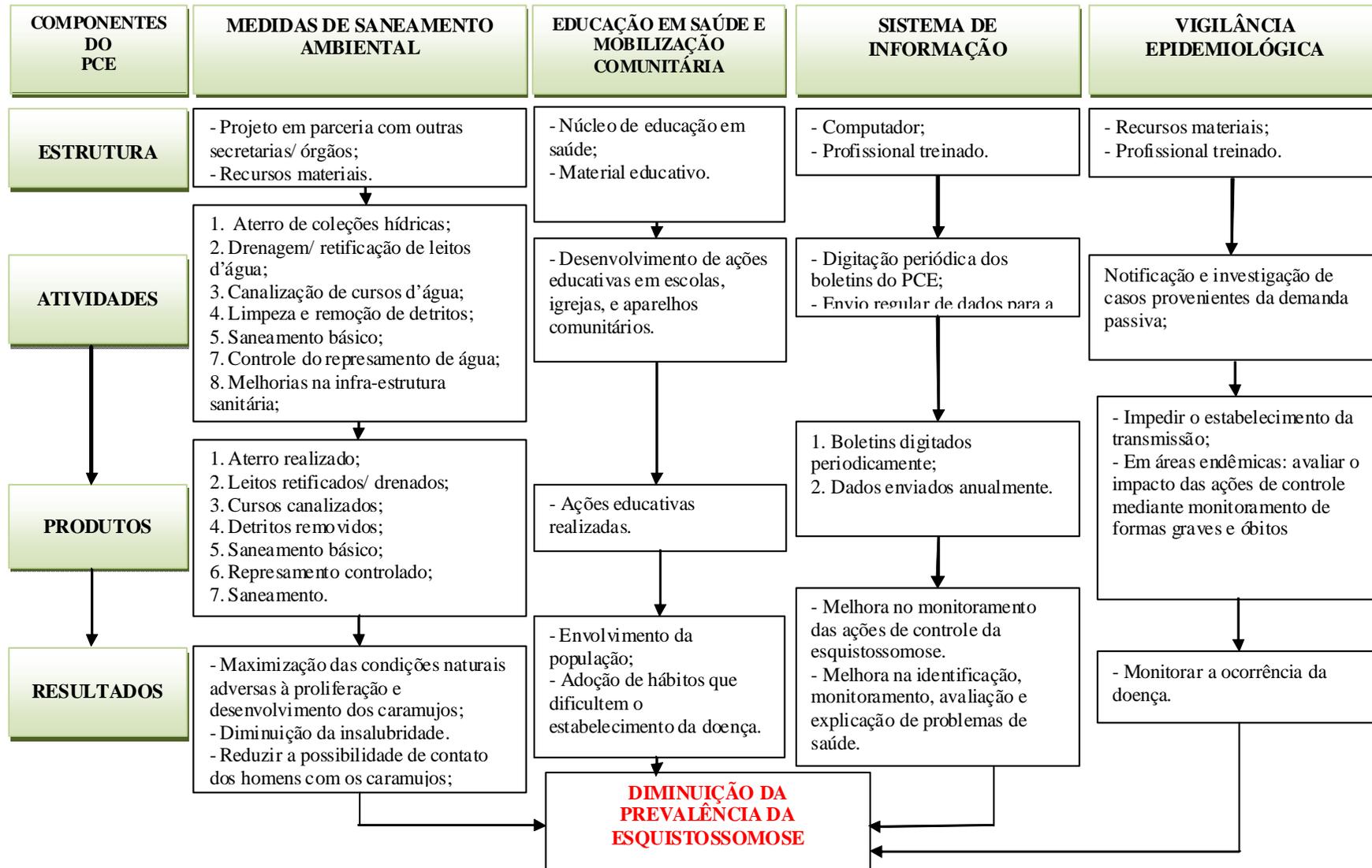


Figura 1. Modelo lógico do PCE (conclusão).

Fonte: autora do trabalho.

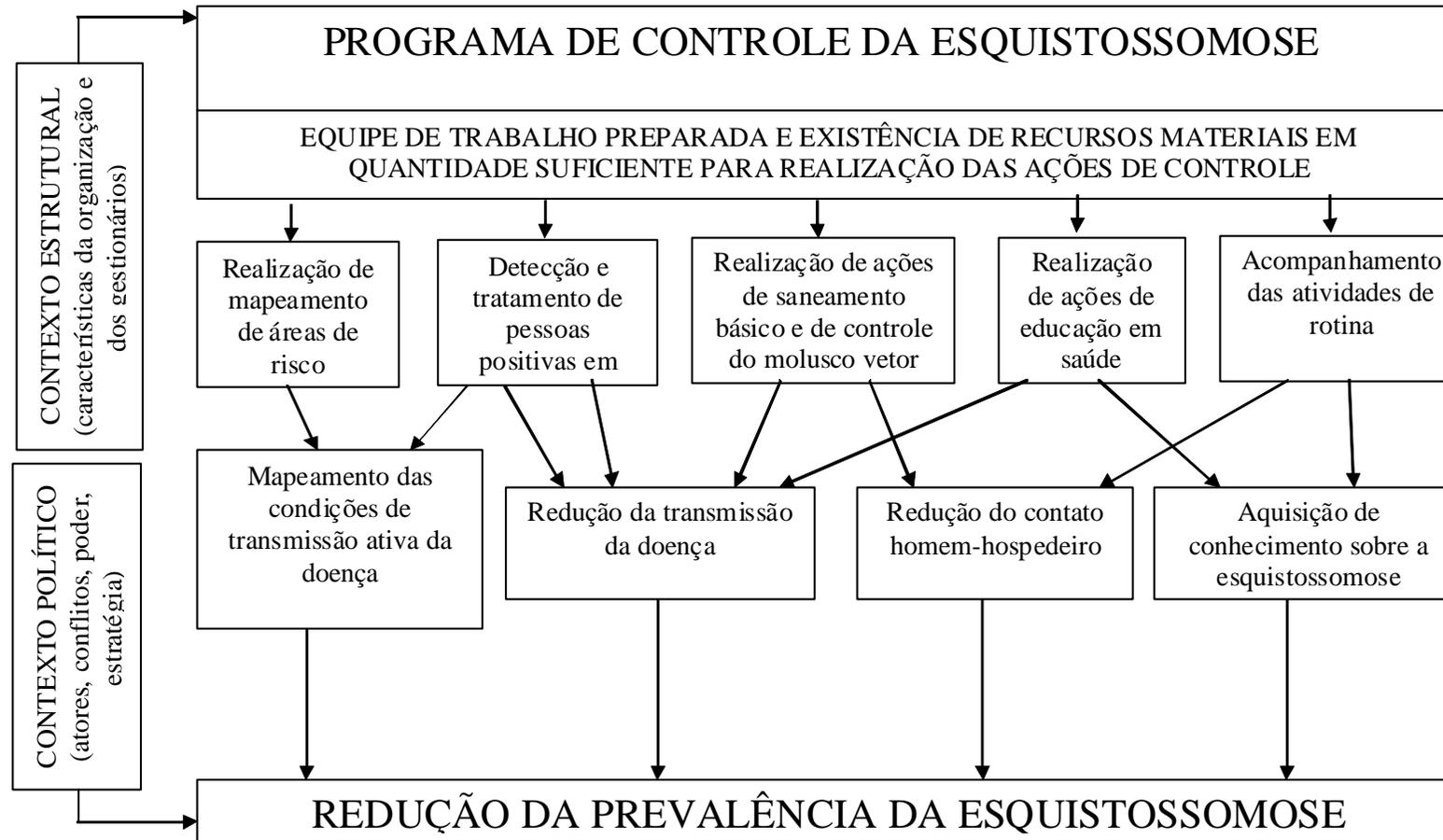


Figura 2. Modelo teórico do PCE.  
Fonte: Autora do trabalho.

### 5.3 Área do estudo

Os municípios eleitos para este estudo satisfizeram aos seguintes critérios:

- a) Pertencer à Zona da Mata;
- b) Ser habilitado para as ações de controle de endemias;
- c) Não ter mudado de gestão na última eleição;
- d) Ter a maior população;
- e) Ter realizado o maior número de exames coprocópicos desde a implantação do PCE.

#### 5.3.1 Escada

Localizado na Zona da Mata Sul pernambucana, o município de Escada possui as seguintes características:

- a) População: 59.850 habitantes (IBGE, 2008);
- b) Aspectos físicos (PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA ZONA DA MATA, 2008):
 

Mesorregião:	MATA
Microrregião	MATA MERIDIONAL
Região de Desenvolvimento	MATA SUL
Área do Município	348,8 km <sup>2</sup>
Participação no território do Estado	0,35 %
Altitude	109 m
Latitude	08 Graus 21 min. 33 seg
Longitude	35 Graus 13 min. 25 seg
Distância da Capital	59,5 km

c) Limites geográficos (PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA ZONA DA MATA, 2008):

Norte	Cabo e Vitória de Santo Antão
Sul	Sirinhaém e Ribeirão
Leste	Ipojuca
Oeste	Primavera

d) Distribuição percentual da população residente por situação de domicílio (PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA ZONA DA MATA, 2008):

Urbana	79,52%
Rural	20,48%

e) Indicadores socioeconômicos:

Incidência de pobreza	58,44%
Índice de Gini	0,40
Índice de desenvolvimento humano (IDH)	0,645
Esperança de vida ao nascer	66,205

### 5.3.2 Goiana

Localizado na Zona da Mata Norte pernambucana, o município de Goiana tem as seguintes características:

a) População: 71.796 habitantes (IBGE, 2008);

b) Aspectos físicos (PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA ZONA DA MATA, 2008):

Mesorregião	MATA
Microrregião	MATA SETENTRIONAL
Região de Desenvolvimento	MATA NORTE

Área do Município	492,1 km <sup>2</sup>
Participação no território do Estado	0,50 %
Altitude	13 m
Latitude	07 Graus 33 min. 38 seg
Longitude	35 Graus 00 min. 09 seg
Distância da Capital	65,7 km

c) Limites geográficos:

Norte	Divisa com o estado da Paraíba
Sul	Itaquitinga, Igarassu, Itamaracá e Itapissuma
Leste	Oceano Atlântico
Oeste	Condado e Itambé

d) Distribuição percentual da população residente por situação de domicílio (PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA ZONA DA MATA, 2008ok):

Urbana	61,16%
Rural	38,84 %

e) Indicadores socioeconômicos (PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA ZONA DA MATA, 2008; IBGE, 2008):

Incidência de pobreza	46,48%
Índice de Gini	0,41
Índice de desenvolvimento humano (IDH)	0,692
Esperança de vida ao nascer	68,8 anos

## 5.4 Sujeitos da pesquisa

Levando em conta que o objetivo da análise de implantação é conhecer o cenário onde a intervenção está implantada, e que este cenário deve fornecer diferentes níveis de explicação do fenômeno observado, serão eleitos como informantes-chave aqueles atores envolvidos diretamente com o programa de controle da esquistossomose.

Os informantes-chave foram os atores sociais que possuem interesse no setor e que compartilham a estrutura de poder no setor saúde, segundo conceituação de Testa (1982):

- a) Secretário municipal de saúde: ator fundamental, responsável pela condução da política de saúde municipal de cuja vontade política depende a perfeita execução do programa;
- b) 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;
- c) Agente de Controle de Endemias/ Agente de Saúde Ambiental (ASA): é aquele que executa o programa e está diretamente em contato com a população;

Sendo assim, foram entrevistados, em cada município, um secretário de saúde, um coordenador do PCE/ endemias/ gerente da vigilância em saúde e um ASA, totalizando seis entrevistados. Abaixo, pode-se visualizar o momento de participação de cada um dos sujeitos (quadro 2).

Nesta pesquisa, não foi considerada como equipe de trabalho a Equipe de Saúde da Família, pois se entende que a participação destes atores está condicionada a uma boa comunicação entre a equipe de vigilância em Saúde e a Equipe de Atenção Básica, e esta comunicação será verificada neste estudo sob a perspectiva da equipe de Vigilância em Saúde.

<b>FASE DA PESQUISA</b>	<b>CATEGORIA DE ANÁLISE</b>	<b>RESPONSÁVEL PELO FORNECIMENTO DOS DADOS</b>
<b>Avaliação normativa (Determinação do grau de implantação)</b>	Apreciação da estrutura	Coordenador do PCE e/ou Coordenador da Vigilância em saúde
	Apreciação do processo	Coordenador do PCE e/ou Coordenador da Vigilância em saúde
	Medição do grau de implantação	Coordenador do PCE e/ou Coordenador da Vigilância em saúde
<b>Estudo do contexto (Análise dos determinantes contextuais do grau de implantação)</b>	Abordagem estrutural	Coordenador do PCE e/ou Coordenador da Vigilância em saúde Secretário de saúde
	Abordagem política	Coordenador do PCE e/ou Coordenador da Vigilância em saúde Secretário de saúde ASA

Quadro 2. Distribuição dos sujeitos da pesquisa de acordo com a fase da pesquisa e categoria de análise utilizada.

Fonte: autora do trabalho.

## 5.5 Categorias de análise

As categorias de análise foram definidas a partir dos documentos citados no item referente ao modelo lógico.

### 5.5.1 Categorias de análise para determinação do grau de implantação (avaliação normativa)

#### 5.5.1.1 Estrutura

Para avaliação da estrutura, levou-se em consideração os elementos expostos nos quadros 3 e 6.

#### 5.5.1.1.1 Equipe de trabalho

- a) Agentes de endemias (AE)/ saúde ambiental (ASA): profissionais que realizam a entrega e busca de potes coletores junto à comunidade e em parceria com os ACS das áreas escolhidas pela gerência do PCE, quando esta área for coberta pelo PACS/PSF. Quando não for, o ASA realiza esta atividade sozinho. Cada profissional (ASA ou ACS), realizando apenas esta atividade, é capaz de entregar/receber até 60 coletores/ dia de trabalho, o que dá uma produção média de 1200 coletas por mês (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998, p. 52);
- b) Coordenador do PCE/ gerente da vigilância em saúde: responsável direto pela gerência do programa;
- c) Motorista: responsável pelo transporte dos agentes para as coletas em campo (malacologia e coproscopia);
- d) Laboratorista: responsável pela leitura das lâminas;
- e) Auxiliar de laboratório: responsável pela preparação de lâminas;
- f) Educadores em saúde: profissionais com formação em educação em saúde que fazem parte dos pólos de educação em saúde, estabelecidos pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009a). Caso não haja este profissional específico, serão considerados na pesquisa, aqueles profissionais que fazem parte do PCE, com alguma outra formação em educação em saúde;
- g) Digitador: responsável por digitar, no SISPCE, os boletins com os resultados das atividades de campo e laboratório (PCE 101).

#### 5.5.1.1.2 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, 2009a; BRASIL, 2009e).

#### 5.5.1.1.3 Indicadores de cobertura de habilitação profissional

Este componente visa saber em que medida os profissionais que trabalham diretamente com o PCE são treinados em suas funções específicas. Serão considerados habilitados todos aqueles profissionais que receberam treinamento em órgãos oficiais como centros de pesquisas, Gerências Regionais de Saúde (GERES) ou pela SES/PE. Em relação aos ASA, o ideal é que estes sejam treinados para o trabalho rotineiro de campo e para preparação e leitura de lâminas (caso o município fique sem o laboratorista ou auxiliar de laboratório) e para ações de educação em saúde. Sendo assim, serão considerados treinados aqueles ASA que receberam capacitação em pelo menos duas das atividades acima citadas (quadro 6). O cálculo destes indicadores é explicado melhor no item Plano de Análise.

#### 5.5.1.2 *Processo*

Para avaliação do processo, levaram-se 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, como descritos a seguir nos quadros 3 e 6.

#### 5.5.1.2.1 Delimitação epidemiológica

Verificou-se 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;

#### 5.6.1.2.2 Inquéritos coproscópicos censitários

Verificou-se 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;

#### 5.5.1.2.3 Tratamento dos casos positivos

Verificaram-se 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.

#### 5.6.1.2.4 Controle do molusco vetor

Verificou-se se o município realiza coleta periódica de caramujos e se o mesmo realiza demarcação de estações de captura.

#### 5.6.1.2.5 Medidas de saneamento

Verificou-se se o município já realizou alguma medida de saneamento visando o controle da esquistossomose.

#### 5.5.1.2.6 Educação em saúde

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

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

Este componente foi avaliado sob dois aspectos: (1) verificou-se 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;

#### 5.5.1.2.8 Vigilância epidemiológica

Averiguou-se 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.

### 5.5.1.2.9 Indicadores de cobertura

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

a) Percentual médio da população da área endêmica trabalhada por município/ano: esse indicador tem o objetivo de acompanhar a evolução da doença e identificar as pessoas que devem ser tratadas, o que requer uma cobertura de, pelo menos, 80%. Para seu cálculo, considerou-se como área endêmica a zona rural e o cálculo da população média trabalhada por ano foi feito somando-se todos os exames realizados pelo município e dividindo-se pelo total de anos trabalhados.

$$\% \text{ da população trabalhada} = \frac{\text{População média trabalhada por ano} \times 100}{\text{população rural}}$$

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.

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

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.

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

### 5.5.1.3 Grau de implantação

O GI do PCE foi definido a partir dos componentes de estrutura e processo acima citados. O quadro 3 mostra o documento utilizado na definição de cada aspecto a ser avaliado para cada subcategoria de análise.

### 5.5.2 Categorias de análise para estudo do contexto

Para análise do contexto, foi utilizado o modelo político e contingente já descrito, que se inspira nas abordagens política e estrutural. Estas abordagens foram admitidas como categorias de análise, e se dividiram em subcategorias, como disposto no quadro 4.

## 5.6 Coleta de dados

### 5.6.1 Fontes e tipos de dados

Foram coletados dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados a partir dos informantes-chave (sujeitos da pesquisa) e os secundários o foram a partir de documentos institucionais (Plano Municipal de Saúde 2009-2013) e dos *Relatórios das Atividades de Coproscopia e Tratamento* emitidos através do SISPCE.

CATEGORIA DE ANÁLISE (COMPONENTE DO PCE)	SUB-CATEGORIA DE ANÁLISE (SUBCOMPONENTE DO PCE)	DOCUMENTO DE REFERÊNCIA
<b>ESTRUTURA</b>	- Equipe de trabalho; - Recursos materiais; - indicadores de cobertura de habilitação profissional.	- Controle da esquistossomose- diretrizes técnicas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998); - Portaria nº 1.172(BRASIL, 2008d) ; - Cadernos de atenção básica nº21 (BRASIL, 2007); - Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2009a);
<b>PROCESSO</b>	Dimensionamento do problema	- Controle da esquistossomose- diretrizes técnicas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998);
	Inquéritos censitários	- Controle da esquistossomose- diretrizes técnicas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998); - Programação das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde 2008 (BRASIL, 2008c); - Cadernos de Atenção Básica nº 21 (BRASIL, 2007); - Portaria nº 1.172(BRASIL, 2008d).
	Tratamento de positivos	- Controle da esquistossomose- diretrizes técnicas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998); - Programação das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde 2008 (BRASIL, 2008c ok); - Cadernos de Atenção Básica nº 21 (BRASIL, 2007); - Portaria nº 1.172(BRASIL, 2008d); - Lei do ato médico (BRASIL, 2009b).
	Controle do molusco vetor	- Controle da esquistossomose- diretrizes técnicas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998); - Programação das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde 2008 (BRASIL, 2008c).
	Medidas de saneamento ambiental	- Controle da esquistossomose- diretrizes técnicas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998);
	Educação em saúde e mobilização comunitária	- Controle da esquistossomose- diretrizes técnicas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998); - Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2009a);
	Sistema de informação	- Controle da esquistossomose- diretrizes técnicas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998);
	Vigilância epidemiológica	- Controle da esquistossomose- diretrizes técnicas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998); - Guia de Vigilância epidemiológica (BRASIL, 2005)
<b>GRAU DE IMPLANTAÇÃO</b>	Estrutura + processo	- Controle da esquistossomose- diretrizes técnicas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998); - Programação das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde 2008 (BRASIL, 2008c); - Cadernos de Atenção Básica nº 21 (BRASIL, 2007); - Portaria nº 1.172 (2008d).

Quadro 3. Categorias e subcategorias de análise e documento utilizado na definição de cada aspecto a ser avaliado

Fonte: autora do trabalho.

CATEGORIAS DE ANÁLISE (DIMENSÃO)	INFLUÊNCIA NO GRAU DE IMPLANTAÇÃO	SUBCATEGORIAS
<b>ESTRUTURAL (atributos organizacionais, atributos dos gestores)</b>	As características dos gestores favorecem a implantação de uma intervenção?	<b>ATRIBUTOS DOS GESTIONÁRIOS:</b> - Perfil dos gestores/ gerentes (especialização); - Atenção prestada à inovação; - Orientação cosmopolita ou local.
	As características da organização (tamanho, centralização, formalização, nível de especialização, etc.) favorecem a implantação de uma intervenção?	<b>ATRIBUTOS ORGANIZACIONAIS:</b> - Tamanho; - Centralização; - Formalização (do comportamento); - Planejamento e avaliação; - Nível de especialização.
<b>POLÍTICA (atores, conflitos, poder, estratégia)</b>	As relações entre os atores são modificadas pela implantação da intervenção?	- Os gestores dão suporte à implantação do PCE?
	Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção?	- Os gestores exercem um controle suficiente na organização para estar apto a operacionalizar e tornar eficaz a intervenção?
	Os atores que controlam a base de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção?	- Há coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que o gestor dá à intervenção e os objetivos que estão associados?

Quadro 4. Categorias de análise do contexto.

Fonte: autora do trabalho.

### 5.6.2 Técnicas de coleta de dados

Os dados primários foram conseguidos através da entrevista, técnica que subsidia o pesquisador para a compreensão da visão dos sujeitos da pesquisa acerca dos temas investigados. Os pontos abordados nas entrevistas (variáveis) foram definidos a partir dos aspectos que se desejava investigar (categorias).

Utilizou-se a técnica da entrevista dirigida, na qual as perguntas são precisas e pré-formuladas, contidas em questionários estruturados. Para cada pergunta houve espaço para anotação de outras observações fornecidas pelo entrevistado. Tais entrevistas foram aplicadas aos informantes-chave (agentes de saúde ambiental, secretário de saúde, coordenador do PCE) e constituíram o banco de

dados que foi utilizado tanto para a determinação do grau de implantação do PCE (apêndice A) quanto na análise do contexto em cada um dos municípios (apêndices B, C, D, E, F e G). Além disso, para melhorar a qualidade dos dados, também foram coletados dados oriundos da observação direta.

Os dados secundários foram coletados através da compilação dos documentos já explicitados.

Para melhor compreender que técnicas foram usadas em cada fase do estudo, foi elaborado um quadro onde são vistos as fases da pesquisa e a forma de coleta para cada uma delas (quadro 5).

<b>FASE DA PESQUISA</b>	<b>CATEGORIA DE ANÁLISE (DIMENSÃO/ COMPONENTE)</b>	<b>TÉCNICA DE COLTEA</b>
<b>Avaliação normativa (Determinação do grau de implantação)</b>	Apreciação da estrutura	Entrevista dirigida Observação
	Apreciação do processo	Entrevista dirigida Análise documental Análise do SISPE Observação
	Medição do grau de implantação	Entrevista dirigida Análise documental Análise do SISPE Observação
<b>Estudo do contexto (Análise dos determinantes contextuais do grau de implantação)</b>	Abordagem estrutural	Entrevista dirigida Análise documental
	Abordagem política	Entrevista dirigida

Quadro 5. Técnicas de coleta de dados utilizada de acordo com as categorias de análise e a fase da pesquisa.

Fonte: autora do trabalho.

### 5.6.3 Instrumentos de coleta

#### 5.6.3.1. *Instrumento de Coleta dos dados para medição do grau de implantação*

Devido à ausência de um instrumento para medição do grau de implantação do PCE, foi necessário recorrer a uma seqüência de etapas descritas a seguir:

a) Elaboração do Modelo Teórico: item descrito anteriormente.

b) Elaboração de uma matriz de categorias de análise

O segundo passo para a elaboração do instrumento de avaliação é construir uma matriz (MEDINA et al., 2005, p. 44) contendo as categorias e sub-categorias de análise, os objetivos de sua implantação, indicadores, fórmulas de cálculo e normas e critérios preconizados para a realização das ações de rotina do PCE no nível local. Essa matriz foi construída a partir do modelo lógico para refletir o que é idealizado em relação ao controle da esquistossomose (quadro 06).

c) Elaboração do questionário

O questionário avaliativo foi elaborado à luz da matriz de critérios e normas, podendo ser visto no apêndice A.

#### *5.6.3.2 Instrumento de Coleta de dados para análise do contexto*

Para a avaliação do contexto foram elaborados instrumentos a partir das matrizes de indicadores (apêndices 02, 03, 04, 05, 06 e 07).

CATEGORIA DE ANÁLISE (DIMENSÃO)	SUB-CATEGORIA (COMPONENTE)	CRITÉRIO/ INDICADOR	PADRÃO	TÉCNICA DE COLETA	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;	- Entrevista;  - Observação.	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, lamínulas, peso-medida e microscópio em quantidade suficiente para realização dos exames previstos	- entrevista;  - Observação;	- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Veículo à disposição do PCE	Existência de veículo disponível para ações de controle da esquistossomose	- Análise documental;	- 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.	- Análise do SISPCE.	- BRASIL, 2008c.
		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	- Entrevista;	- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998;
		Proporção de ASA treinados(ASA treinados / existentes x 100)	100% dos ASA treinados		- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007;

Quadro 6. Matriz de categorias e subcategorias de análise, indicadores, e padrões preconizadas para a realização das ações do PCE no nível local (continua)

Fonte: autora do trabalho.

CATEGORIA DE ANÁLISE (DIMENSÃO)	SUB-CATEGORIA (COMPONENTE)	CRITÉRIO/ INDICADOR	PADRÃO	TÉCNICA DE COLETA	FONTE
		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)	- Entrevista;	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	- Entrevista;	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Proporção de prof. de educ. em saúde treinados (prof. treinados/ existentes X 100)	100% dos prof. de educação em saúde treinados	- Entrevista;	FUNDAÇÃO NACIONAL 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	Análise documental	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
	Inquéritos coproscópicos censitários	Ações de planejamento	- Planejamento das ações seguindo critérios epidemiológicos e ambientais;	- Entrevista; - Análise documental; - Análise do SISPCE.	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.	- Análise documental; - Análise do SISPCE.	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998	

Quadro 6. Matriz de categorias e subcategorias de análise, indicadores, e padrões preconizadas para a realização das ações do PCE no nível local (continua)

Fonte: autora do trabalho.

CATEGORIA DE ANÁLISE (DIMENSÃO)	SUB-CATEGORIA (COMPONENTE)	CRITÉRIO/ INDICADOR	PADRÃO	TÉCNICA DE COLETA	FONTE
	Tratamento de positivos	Cobertura de tratamento (Nº de pessoas positivas tratadas / Total de pessoas positivas x 100)	Tratamento de 80% ou mais dos positivos;	- Entrevista; - Análise documental;	- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Fluxo de atendimento de pacientes	- Encaminhamento dos doentes; - Garantia de coproscopia de controle	- Análise do SISPCE.	- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007;
	Controle do molusco vetor	Taxa de infecção de moluscos	- Taxa de infecção de moluscos vetores determinada,	- Análise documental;	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Estações de captura	- Existência de estações de captura;	- Questionário análise do GI;	
		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.	- Análise documental; - Entrevista.	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;	- Análise documental; - Entrevista.	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
	SISPCE	Envio rotineiro de dados	Existência de série ininterrupta de dados das ações de rotina no SISPCE regional/ estadual	- Análise do SISPCE.	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	- Análise do SISPCE/ SINAN; - Entrevista.	MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007;
			Notificação dos casos graves no SINAN		

Quadro 6. Matriz de categorias e subcategorias de análise, indicadores, e padrões preconizadas para a realização das ações do PCE no nível local (continua)

Fonte: autora do trabalho.

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

Quadro 6. Matriz de categorias e subcategorias de análise, indicadores, e padrões preconizadas para a realização das ações do PCE no nível local (conclusão)

Fonte: autora do trabalho.

## 5.7 Análise e tratamento dos dados

Para avaliação do GI da estrutura e do processo, e para a definição do grau de implantação, foi utilizado um sistema de escores adaptado de Felisberto (2001) e utilizado por Samico (2003).

### 5.7.1 Medição e análise do grau de implantação do PCE

O grau de implantação do PCE é um indicador sintético que foi definido a partir das suas dimensões (estrutura e processo), relacionando os resultados encontrados com os preconizados pela normatização oficial.

Esse sistema atribui, para cada aspecto da *estrutura* e do *processo* de realização das ações, uma pontuação específica com o objetivo de chegar a uma pontuação máxima final que resultará no grau de implantação do PCE. Foram avaliados 61 itens (subcomponentes), sendo que 37 se referem à estrutura e 23 ao processo (Quadro 7).

#### 5.7.1.1 Plano de análise da avaliação da estrutura

O sistema de escores teve o objetivo de permitir a classificação do GI de cada um dos seus componentes (recursos humanos, materiais e indicadores de cobertura de habilitação profissional) para depois classificar o GI da dimensão estrutura. Esta avaliação permitiu a identificação de dificuldades na implantação do PCE nos municípios quanto à estrutura existente para realização das atividades de controle da esquistossomose.

A avaliação dos componentes equipe de trabalho e recursos materiais foi feita a partir da atribuição de pontos usado para as variáveis dicotômicas. O peso em cada um dos casos foi dado em função da importância do subcomponente no controle da esquistossomose: quanto maior a sua importância, maior o peso e vice-

versa (quadro 7). O total de pontos possível para o componente equipe de trabalho é 35 pontos, e o total de pontos para o componente recursos materiais é 45 pontos (quadro 7), totalizando 80 pontos. Após a atribuição dos pontos e o cálculo das devidas proporções atingidas por cada um deles, foi possível classificar o GI de cada um dos componentes em implantado (quando o componente atingir de 80 a 100% do total de pontos), parcialmente implantado (quando o componente atingir entre 50 e 79% do total de pontos) e não implantado (quando o componente atingir menos de 49% do total).

Para a avaliação do componente indicadores de cobertura de habilitação profissional, foram atribuídas pontuações a faixas de percentual atingidas por cada um dos indicadores, que visam verificar a proporção de profissionais treinados em suas funções específicas (quadro 7). O peso também foi dado em função da importância do subcomponente no controle da esquistossomose.

- a) Proporção de *profissionais da atenção básica* (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde) treinados em suas funções específicas;
- b) Proporção de *agentes de campo* (agentes de saúde ambiental/ endemias) treinados;
- c) Proporção de *digitadores* treinados;
- d) Proporção de *gerentes* (coordenador(es) do PCE/ endemias, gerente da Vigilância em saúde) treinados;
- e) Proporção de *Laboratoristas e auxiliares de laboratório* treinados;
- f) Proporção de *educadores em saúde* treinados.

Estes indicadores variaram de 0 a 100% para cada categoria profissional. Para permitir a montagem de um indicador composto usado na construção do grau de implantação a partir do somatório dos resultados com as variáveis dicotômicas, atribuíram-se pontos para cada faixa de proporção de profissionais treinados: de 80 a 100% de profissionais treinados na sua função, foram atribuídos 2 pontos; de 50 a 79% de profissionais treinados na sua função, 1 ponto e 50% ou menos de profissionais treinados, 0 ponto.

Como são dez categorias profissionais (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, agentes de saúde ambiental/ endemias, digitador(es), coordenador(es) do PCE, gerente da Vigilância em saúde, equipe de educação em

saúde, laboratoristas e auxiliares de laboratório) o somatório máximo possível de ser atingido será de 20 pontos, resultado do somatório dos pontos atribuídos a cada faixa de proporção atingida. A classe profissional que não existia no município, recebeu zero ponto. Por fim, de acordo com a proporção atingida pelos indicadores, o GI deste componente também será classificado da forma já descrita (implantado, parcialmente implantado e não implantado). Estes indicadores foram montados pela pesquisadora a partir da observância das normas contidas nos documentos utilizados para análise do Grau de Implantação.

Uma vez atribuídas as pontuações, foram feitas, inicialmente, considerações sobre cada componente (equipe de trabalho, recursos materiais e indicadores de cobertura de habilitação profissional) em separado, a partir da proporção atingida por cada um.

Posteriormente, foi obtida a pontuação total atingida pela dimensão estrutura da seguinte forma: somando-se os pontos provenientes da avaliação dos componentes equipe de trabalho e recursos materiais (total de 80 pontos) com aqueles provenientes da proporção de profissionais treinados (total de 20 pontos), chegou-se a um total máximo de 100 pontos, o que permitiu a classificação do grau de implantação da dimensão estrutura de cada município em quatro categorias:

- a) Excelente: aqueles que atingirem entre 89,1 a 100 pontos;
- b) Satisfatório: aqueles que atingirem entre 64,1 e 89 pontos;
- c) Insatisfatória: aqueles que atingirem entre 49,1 e 64 pontos.
- d) Crítico: abaixo de 49 pontos.

A partir desta pontuação, foram feitas considerações a respeito dos pontos críticos referentes à estrutura encontrada nos municípios da amostra.

Os dados desta fase da pesquisa foram colhidos a partir da entrevista dirigida e, quando necessário, corroborados pela análise dos relatórios emitidos pelo SISPCE e/ou pela observação sistemática. Para os dados provenientes da entrevista e da análise dos relatórios, realizou-se a análise de conteúdo, onde num primeiro momento organizaram-se os dados em Recursos Humanos e Materiais e depois comparou-se o observado com as diretrizes propostas pelo PCE.

### 5.7.1.2 Plano de análise da avaliação do processo

A avaliação do processo foi feita da mesma forma, utilizando-se o sistema de escores atribuindo pontos aos seus subcomponentes de duas formas, (1) a partir de um sistema de pontuação simples para as variáveis dicotômicas (delimitação epidemiológica, inquéritos coproscópicos censitários, tratamento de doentes, controle do molusco, saneamento, educação em saúde, SISPCE e vigilância epidemiológica) (quadro 7), e (2) onde os pontos são atribuídos a faixas de percentual atingidas por indicadores que averiguaram a cobertura dos inquéritos, cobertura de tratamento, periodicidade de envio de informações à SES/PE e percentual de amostras perdidas.

Para cada subcomponente dos componentes delimitação epidemiológica, inquéritos coproscópicos censitários, tratamento, controle do molusco, saneamento, educação em saúde, SISPCE e vigilância epidemiológica, foi atribuída uma pontuação específica, de modo que o somatório delas fosse 80 pontos e os que receberam maior pontuação foram os *inquéritos coproscópicos censitários* e o *tratamento de pacientes*, atividades para as quais existe pactuação de metas por parte da SES. Os dados desta fase da pesquisa foram colhidos a partir da entrevista dirigida e, quando necessário, corroborados pela análise dos relatórios emitidos pelo SISPCE.

Os indicadores de processo foram quatro:

- a) Proporção da população trabalhada pelo PCE no ano;
- b) Proporção de coletores recolhidos com amostras em relação aos distribuídos;
- c) Proporção de envio regular de dados do SISPCE municipal para a SES;
- d) Proporção de casos de esquistossomose tratados.

Cada um destes indicadores poderá situar-se entre 0 a 100%. Estes dados foram do tipo secundário e sua coleta foi feita a partir dos relatórios anuais sobre as *atividades de coproscopia e tratamento por localidades* do SISPCE emitidos pelas Secretarias municipais. Estes indicadores foram montados pela pesquisadora a partir da observância das normas contidas nos documentos utilizados para análise do Grau de Implantação e os dados foram conseguidos através da análise dos *relatórios de coproscopia e trabalho de campo*, emitidos pelo SISPCE.

Para se permitir a montagem do indicador composto que foi usado na construção do grau de implantação (somatório dos resultados mais variáveis dicotômicas), também foram atribuídos valores numéricos (pesos) para cada faixa atingida, através da atribuição de pesos (pontos) específicos para cada uma das faixas, obedecendo aos pontos de corte adotados: de 80 a 100%, foram atribuídos 5 pontos, de 50 a 79%, 2,5 pontos e 49% ou menos, 0 ponto.

Como são quatro indicadores, o somatório máximo para cada município é de 20 pontos, resultado do somatório dos pontos atribuídos à cobertura de cada indicador.

A análise da dimensão *Processo* levou em conta, inicialmente, cada componente (delimitação epidemiológica, inquéritos coproscópicos censitários, tratamento de doentes, controle do molusco vetor, medidas de saneamento, educação em saúde, SISPCE e vigilância epidemiológica) em separado, sobre os quais foram feitas considerações.

Posteriormente, foi obtida a pontuação total atingida pela dimensão processo somando-se os pontos provenientes das variáveis dicotômicas mais os provenientes da proporção de profissionais treinados. Chegou-se a um total máximo de 100 pontos, o que permitiu a classificação do grau de implantação da dimensão processo de cada município em quatro categorias:

- a) Excelente: aqueles que atingirem entre 89,1 a 100 pontos;
- b) Satisfatório: aqueles que atingirem entre 64,1 e 89 pontos;
- c) Insatisfatório: aqueles que atingirem entre 49,1 e 64 pontos.
- d) Crítico: abaixo de 49 pontos.

A partir desta pontuação, foram feitas considerações a respeito dos pontos críticos referentes ao processo encontrado nos municípios da amostra (Quadro 7).

Os dados desta fase da pesquisa foram colhidos a partir da entrevista dirigida e, quando necessário, corroborados pela análise dos relatórios emitidos pelo SISPCE e/ou pela observação sistemática. Para os dados provenientes da entrevista e da análise dos relatórios, realizou-se a análise de conteúdo, onde num primeiro momento organizaram-se os dados de acordo com os componentes do PCE e depois comparou-se o observado com as diretrizes propostas pelo PCE.

### 5.7.1.3 Plano de análise do Grau de implantação

O indicador composto Grau de Implantação do PCE foi obtido a partir do somatório das pontuações atingidas por cada município em relação à estrutura e ao processo, considerando-se peso 4 para a variável estrutura e peso 6 para o processo. Sendo assim, o cálculo da pontuação para cada município foi:

<b>Componente Estrutura (CE)</b>		
CE: $[\sum (c1 + c2 + \dots cn )$	+	$\sum (c1 + c2 + \dots cN)]$ x 4
▼		▼
Variáveis dicotômicas		Indicadores

Onde: CE = Componente Estrutura; c = subcomponente;

<b>Componente Processo (CP)</b>		
CP: $[\sum (c1 + c2 + \dots cn )$	+	$\sum (c1 + c2 + \dots cN)]$ x 6
▼		▼
Variáveis dicotômicas		Indicadores

Onde: CP = Componente Processo; c = subcomponente;

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

Deu-se maior peso para o processo por considerá-lo de maior importância no controle da esquistossomose. A pontuação máxima (GI) foi equivalente a 100 e os pontos de corte utilizados para classificar os municípios quanto ao grau de implantação do PCE foram:

- a) Implantado: 90 a 100 pontos;
- b) Parcialmente implantado: 60 a 89 pontos;
- c) Não implantado: < 59.

A partir desta pontuação, foram feitas considerações a respeito dos pontos críticos referentes ao grau de implantação encontrado nos municípios da amostra (Quadro 7).

CATEGORIA (DIMENSÃO)	SUBCATEGORIA (COMPONENTE)	SUB-COMPONENTES/ PADRÃO	PONT. MÁXIM A	FONTE
ESTRUTURA	Equipe de trabalho	Existência de coordenador do PCE	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Existência de motorista à disposição do PCE	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Existência de ASA (1ASA/ 60 casas/dia)	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Existência de técnico(s) de laboratório (1 téc. 50 exames/ dia)	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Existência de aux. de laboratório (1 aux. 100 lâminas/ dia)	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Existência de equipe de educação em saúde	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Existência de digitador(es) disponível(is)	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
	<b>TOTAL EQUIPE</b>	<b>35</b>		
	Indicadores de cobertura de habilitação profissional	100% de enfermeiros treinados	2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998 CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2008
		100% de médicos treinados	2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998 CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2008
		100% de ACS treinados	2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998 CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2008
		100% dos agentes de endemias/ ASA treinados	2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		100% dos digitadores treinados	2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
100% de laboratoristas/		2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998	

Quadro 7. Matriz de categorias e subcategorias de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação máxima atingida pela subcategoria e fonte. (continua)

Fonte: Louisiana Quinino.

CATEGORIA (DIMENSÃO)	SUBCATEGORIA (COMPONENTE)	SUB-COMPONENTES/ PADRÃO		PONT. MÁXIM A	FONTE	
		100% dos auxiliares de laboratório treinados		2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998	
		100% profissionais de educação em saúde treinados		2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998	
		Coordenador do PCE treinado		2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998	
		Gerente de VS treinado		2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998	
	<b>TOTAL INDICADORES</b>		<b>20</b>			
	Recursos materiais	Inquéritos coproscópicos censitários/ delimitação epidemiológica	Potes em número suficiente para a demanda		2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
			Etiquetas marcadoras em número suficiente para a demanda		2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
			Formulário para trabalho de campo		2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
			Veículo		2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
			Mapa de delimitação epidemiológica		2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
			Croqui com coleções hídricas		2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Laboratório	Laboratório municipal realizando exames coproscológico		5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
			Kits Kato-Kats		2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
			Lâminas		2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
			Tela de nylon		2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
Verde malaquita			2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998		

Quadro 7. Matriz de categorias e subcategorias de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação máxima atingida pela subcategoria e fonte. (continua)

Fonte: Louisiana Quinino.

CATEGORIA (DIMENSÃO)	SUBCATEGORIA (COMPONENTE)	SUB-COMPONENTES/ PADRÃO		PONT. MÁXIM A	FONTE		
			Papel Celofane	2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998		
			Palheta	2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998		
			Peso-medida	2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998		
		Tratamento	Praziquantel	2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998 GUIA DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE, 2008		
		Controle do molusco vetor	EPI-malacologia	2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998 GUIA DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE, 2008		
			Equipamentos para trabalho de campo/ malacologia	2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998		
			Documento/ croqui com informações sobre molusco vetor	2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998		
		SISPCE	Computador disponível	2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998		
		<b>ESTRUTURA</b>	Recursos materiais	Educação em saúde	NESMS implantado	2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
					Material educativo (folder, mídia eletrônica, etc.)	2,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
<b>TOTAL RECURSOS MATERIAIS</b>		<b>45</b>					
<b>TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO ESTRUTURA</b>		<b>100</b>					

Quadro 7. Matriz de categorias e subcategorias de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação máxima atingida pela subcategoria e fonte. (continua)  
Fonte: Louisiana Quinino.

<b>PROCESSO</b>	Delimitação epidemiológica	Realização de inquérito coproscópico amostral	3,5	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998 GUIA DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE, 2008
	Inquéritos coproscópicos censitários	Utiliza critérios ambientais e epidemiológicos para tomada de decisão	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Planejamento técnico das ações antes de se dirigir ao campo junto com ASA e equipes de PACS/PSF	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Somatório de exames realizados cobriram pelo menos 80% da população da área rural	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Observa o intervalo de tempo mínimo entre a realização de dois inquéritos numa mesma área	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Preocupa-se em abranger áreas nunca antes trabalhadas (ex. áreas urbanas)	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Utilização de estratégias para diminuir perda de potes	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Cumprir a meta proposta pela SES	5,0	BRASIL, 2008C ok
	Tratamento de doentes	Encaminhamento de pacientes para o profissional da atenção básica	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998 CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2008
		Garante coproscopia de controle a todos os pacientes	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998 CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2008
	Controle do molusco vetor	Demarcação de estações de captura	3,5	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Realização de coleta periódica de caramujos para identificação da tx de infecção	3,5	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Realização de ações de controle do molusco	3,5	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
	Medidas de saneamento	Realização de ações de saneamento	3,5	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998 CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2008

Quadro 7. Matriz de categorias e subcategorias de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação máxima atingida pela subcategoria e fonte. (continua)  
Fonte: Louisiana Quinino.

	Educação em saúde	Realização de atividades educativas comprovadas em atas	3,5	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998 CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2008
		Existência de parcerias com ONGs, associações de moradores, etc.	3,5	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
	SISPCE	SISPCE implantado	3,5	BRASIL, 2008c
		Digitação de casos provenientes de demanda passiva no SISPCE (ficha de detecção de casos pela rede básica na área endêmica)	3,5	BRASIL, 2008c
	Vigilância epidemiológica	Digitação dos casos graves no SINAN	1,75	BRASIL, 2008c
		Investigação de casos graves/ óbitos provenientes de demanda passiva	1,75	
	<b>TOTAL</b>	<b>80</b>		
	Indicadores de cobertura	Percentual médio da população trabalhada por ano desde a implantação do PCE	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Percentual de amostras perdidas	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
		Cobertura de tratamento	5,0	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998
Periodicidade de envio de informações para SES		5,0	BRASIL, 2008c	
<b>TOTAL</b>		<b>20</b>		
<b>TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO PROCESSO</b>		<b>100</b>		

Quadro 7. Matriz de categorias e subcategorias de análise, padrão utilizado no julgamento de cada uma das categorias, pontuação máxima atingida pela subcategoria e fonte. (conclusão)

Fonte: Louisiana Quinino.

### 5.7.2 Plano de análise do contexto

Para análise do contexto, as questões foram construídas a partir das categorias analíticas do modelo político e contingente, como se segue:

#### 5.7.2.1 *Análise da dimensão política*

Segundo esta dimensão, “as dificuldades ligadas à implantação de uma intervenção não dependem de uma ineficácia do processo de planejamento ou do sistema de controle, mas sim de interesses particulares dos atores influentes na organização (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Em outras palavras, estão ligadas às intenções e atitudes dos atores, aos movimentos feitos por ele no sentido de favorecer ou dificultar a implantação da intervenção.

Esta análise busca verificar a influência no grau de implantação sob três aspectos:

1. As relações entre os atores são modificadas pela implantação da intervenção?
2. Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção?
3. Os atores que controlam a base de poder (capacidade, faculdade) na organização são favoráveis (aderentes, partidários, parciais) à implantação da intervenção?

A partir destas questões, foram elaboradas matrizes (quadros 08, 09 e 10) para cada nível de atuação dos sujeitos (gestor, gerente/ coordenador e agente de saúde ambiental/ ASA), onde estão contempladas categorias subcategorias de análise, os critérios para avaliação de cada categoria, a forma de coleta das informações e o julgamento da possível interferência destas variáveis no grau de implantação das ações de controle da esquistossomose.

Em se tratando da visão política do secretário, a primeira subcategoria avaliada procurou a existência de possíveis ações realizadas pelo governo no sentido de *dar suporte às ações* de controle da esquistossomose. Foram consideradas: contratação de pessoal, construção de laboratórios, aquisição de equipamentos, investimento em cursos de atualização/ capacitação, etc.

A segunda subcategoria procurou ver em que medida o gestor conhece o programa e os indicadores da esquistossomose (prevalência; localidades trabalhadas; localidades com maior positividade; média de exames realizados/ ano) e participa do planejamento das ações, *exercendo domínio suficiente* para uma intervenção eficaz.

A terceira e última categoria investigou se o gestor considera a esquistossomose como prioridade de governo, na medida em que não há interrupção das ações de controle em situações de epidemias de outros agravos. Esta subcategoria mostra a *coerência entre as atitudes do gestor e as ações executadas*.

Em se tratando do olhar do coordenador, algumas subcategorias podem ser diferentes, visto que sua função na organização também é diferente. Sendo assim, o primeiro critério avaliado procura pela existência de ações realizadas pelo coordenador/ gerente no sentido de *dar suporte às ações de controle* da esquistossomose. Foram consideradas ações: treinamento de ASA e/ou outros profissionais, outras ações além daquelas pactuadas pela SES, realização do planejamento junto com ASA e secretário, iniciativas para conseguir insumos, laboratórios, etc.

O segundo critério procurou avaliar o conhecimento do coordenador sobre o programa e sobre os indicadores da situação local em relação à esquistossomose (prevalência; localidades trabalhadas; localidades com maior positividade; etc.), se ele planeja as ações em conjunto com equipes de PACS/PSF e participa da elaboração de instrumentos de gestão (plano de saúde, plano de ação e metas, plano plurianual), *exercendo domínio suficiente* para uma intervenção eficaz.

O terceiro e último critério investiga se o gerente considera a esquistossomose como prioridade, na medida em que não pára as ações de controle, mesmo em situações de epidemias de outras doenças. Este critério mostra a *coerência entre as suas atitudes e as ações executadas*.

Já em relação à visão política do ASA, o primeiro critério avaliado procura a existência de possíveis ações realizadas dentro da sua governabilidade no sentido de *dar suporte às ações de controle* da esquistossomose. Serão consideradas como ações a confecção do espelho do boletim diário, comunicação com o ACS da área trabalhada e ações de educação em saúde.

O segundo critério procurou ver quanto o ASA conhece do programa e dos indicadores da esquistossomose (prevalência no município; localidades trabalhadas; localidades com maior positividade; média de exames realizados por ano) e participa do planejamento das ações junto com o coordenador e com ACS, no sentido de *exercer domínio suficiente* para uma intervenção eficaz.

O terceiro e último critério investigou se o ASA considera a esquistossomose como prioridade e se ele trabalha nesta área porque gosta e acredita no programa, ou se ele está no PCE por conveniência. Este critério mostra a coerência entre as suas atitudes e as ações executadas.

Os dados desta fase da pesquisa foram colhidos a partir da entrevista dirigida. Realizou-se a análise de conteúdo, onde num primeiro momento organizaram-se os dados em Contexto político sob perspectiva do secretário de saúde, do ASA e do coordenador e depois comparou-se o observado com a configuração teórica predita (modelo político).

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CRITÉRIOS	ORIGEM DOS DADOS	JULGAMENTO
<b>CONTEXTO POLÍTICO</b>	Suporte dado pelos gestores à implantação da intervenção	Existência de ações realizadas pelo governo que contribuem para implantação das ações de controle	- Questionário para análise do contexto; - Questionário para avaliação do grau de implantação;	Existência de ações ► gestão dá suporte ► contexto favorece a implantação
	Exercício, pelos gestores, de controle suficiente na organização para estar apto a operacionalizar e tornar eficaz a intervenção	Gestor conhece o funcionamento e a importância do programa de controle da esquistossomose (principais ações realizadas)	- Questionário para análise do contexto;	Gestor conhece o funcionamento e a importância ► exerce controle na organização ► contexto favorece a implantação
		Gestor conhece os indicadores básicos do PCE: - Prevalência de esquistossomose no município; - Últimas localidades trabalhadas; - Localidades com maior positividade; - Média de exames realizados por ano.	- Questionário para análise do contexto; - Questionário para avaliação do grau de implantação; - Análise do SISPCE.	Gestor conhece os indicadores ► exerce controle na organização ► contexto favorece a implantação
		Gestor participa do planejamento das ações de controle da esquistossomose junto com técnicos	- Questionário para análise do contexto;	Gestor participa do planejamento ► exerce controle na organização ► contexto favorece a implantação
		Coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que o gestor dá à intervenção e os objetivos que ali estão associados	- Gestor considera que a esquistossomose é sempre uma prioridade no município, independente de outras endemias (não pára as ações de controle da esquistossomose mesmo quando acontecem epidemias);	- Questionário para análise do contexto;

Quadro 8. Matriz contendo a categoria e subcategorias de análise, para análise do contexto político sob a perspectiva do secretário de saúde.  
Fonte: autora do trabalho.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CRITÉRIOS	ORIGEM DOS DADOS	JULGAMENTO
CONTEXTO POLÍTICO	Suporte dado pelos gerentes à implantação da intervenção	Existência de ações realizadas, dentro da governabilidade da coordenação, que contribuem para implantação das ações de controle	- Questionário para análise do contexto; - Questionário para avaliação do grau de implantação;	Existência de ações ► gerência dá suporte ► contexto favorece a implantação
	Exercício, pelos gerentes, de controle suficiente na organização para estar apto a operacionalizar e tornar eficaz a intervenção	Gerente conhece integralmente o programa (sabe que não se limita só a exames periódicos) e se remete ao manual/ guia para se informar	- Questionário para análise do contexto;	Gerente conhece o PCE ► exerce controle na organização ► contexto favorece a implantação
		Gerente conhece os indicadores básicos do PCE: - Prevalência de esquistossomose no município; - Últimas localidades trabalhadas; - Localidades com maior positividade; - Média de exames realizados por ano.	- Questionário para análise do contexto; - Questionário para avaliação do grau de implantação;	Gerente conhece os indicadores ► exerce controle na organização ► contexto favorece a implantação
		Gerente planeja as ações de controle da esquistossomose antes de se dirigir ao campo (usa o guia e informações epidemiológicas e ambientais para se orientar);	- Questionário para análise do contexto; - Análise do plano municipal de saúde.	Gerente usa informação e guia ► exerce controle na organização ► contexto favorece a implantação
		Reúne-se com equipes de PACS/PSF		
		Participa da construção de documentos como Plano municipal de saúde, Plano Pluri Anual, Plano de ação e metas		
		Planeja as ações juntamente com o gestor, com os ASA	- Questionário para análise do contexto	Gestor participa do planejamento ► exerce controle na organização ► contexto favorece a implantação
	Coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que o gestor dá à intervenção e os objetivos que ali estão associados	- Gerente considera que a esquistossomose é sempre uma prioridade no município, independente de outras endemias (não pára as ações de controle da esquistossomose mesmo quando acontecem epidemias);	- Questionário para análise do contexto;	Gestor considera esquistossomose como prioridade ► motivos coerentes ► contexto favorece a implantação

Quadro 09. Matriz contendo a categoria e subcategorias de análise, para análise do contexto político *sob a perspectiva do gerente/ coordenador*  
Fonte: autora do trabalho.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CRITÉRIOS	ORIGEM DOS DADOS	JULGAMENTO	
<b>CONTEXTO POLÍTICO</b>	Suporte dado pelos ASA à implantação da intervenção	Existência de ações realizadas, dentro da governabilidade dos ASA (espelho do boletim diário, comunicação com ACS, educação em saúde, etc.), que contribuem para implantação das ações de controle	- Questionário para análise do contexto;	Existência de ações ► ASA dá suporte ► contexto favorece a implantação	
	Exercício, pelos ASA, de controle suficiente na organização para estar apto a operacionalizar e tornar eficaz a intervenção	ASA conhece a doença a ponto de saber passar informações para os usuários	ASA conhece o PCE integralmente (sabe que o controle é mais do que só realização de exames coprocópicos) e reconhece a sua importância para o município	- Questionário para análise do contexto;	ASA conhece o funcionamento e a importância ► exerce controle na organização ► contexto favorece a implantação
		ASA conhece os indicadores básicos do PCE: - Prevalência de esquistossomose no município; - Últimas localidades trabalhadas; - Localidades com maior positividade; - Média de exames realizados por ano.			- Questionário para análise do contexto; - Questionário para avaliação do grau de implantação; - Análise do SISPCE.
		ASA participa do planejamento das ações de controle da esquistossomose junto com técnicos;	- Questionário para análise do contexto;	ASA participa do planejamento ► exerce controle na organização ► contexto favorece a implantação	
		Costuma se reunir com os ACS para realizar ações;			
		Participa da construção de documentos como Plano municipal de saúde, Plano Pluri Anual, Plano de ação e metas			
	Coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que o ASA dá à intervenção e os objetivos que ali estão associados	- ASA considera que a esquistossomose é sempre uma prioridade no município; - ASA trabalha com esquistossomose porque gosta e acredita no programa.	- Questionário para análise do contexto;	ASA considera esquistossomose como prioridade ► motivos coerentes ► contexto favorece a implantação	

Quadro 10. Matriz contendo a categoria e subcategorias de análise, para análise do contexto político sob a perspectiva do ASA.  
Fonte: autora do trabalho.

### 5.7.2.2 *Análise da dimensão estrutural*

A perspectiva estrutural foi avaliada com base em Denis e Champanhe (1997), onde as organizações que apresentam um contexto favorável à implantação da intervenção se distinguem de outras por uma série de características referentes aos *atributos dos gestores*, às características do *ambiente* e aos *atributos organizacionais*. Neste trabalho, foram levados em conta os atributos que contribuem para a superação de estruturas rígidas que contribuem para a adaptação às mudanças. Não foram levadas em conta as características do ambiente como fator de interferência no grau de implantação das ações.

#### 5.7.2.2.1 Atributos dos gestores

Ao se avaliar os atributos dos gestores que podem interferir no grau de implantação, buscou-se verificar três aspectos: se a formação do gestor/ gerente contribui para uma efetiva implantação do PCE; se as atitudes dos mesmos apontam para a inovação; e, se sua orientação é cosmopolita ou local.

Para permitir uma visualização integral da influência do contexto estrutural no grau de implantação, foi montada uma matriz (quadro 11), que contem as subcategorias de análise, os parâmetros observados na avaliação de cada uma delas, a forma de coleta da informação e o julgamento sobre a possível influência que esta categoria tem sobre o GI. Para avaliar esta dimensão, foi necessário construir questões para cada nível de atuação dos gestores (Gestor e Coordenador).

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	PARÂMETROS	COLETA DOS DADOS	JULGAMENTO	
CONTEXTO ESTRUTURAL (ATRIBUTOS DOS GESTIONÁRIOS)	Atributos do Secretário	Perfil profissional do gestor	Gestor tem formação superior em saúde pública ou áreas afins; tem pós-graduação/ treinamento, etc. em planejamento e gestão; já recebeu treinamento sobre o PCE.	- Questionário para análise do contexto;	Perfil do gestor favorável a implantação ► contexto favorece a implantação
		Atenção prestada à inovação	Gestor sempre investe na formação dos técnicos	- Questionário para avaliação do contexto.	Gestor com perfil inovador ► contexto favorece a implantação
			Acha que a meta de exames proposta pela SES é insuficiente e acredita que deveriam ser feitos mais exames		
	Orientação cosmopolita ou local	Gestor acredita que/ incentiva a comunicação entre setores (secretarias) quando se trata de controle da esquistossomose	- Questionário para análise de contexto	Gestor com orientação cosmopolita ► contexto favorece a implantação	
		Acha importante discutir o problema no CMS e o tema já foi levado à discussão			
	Atributos dos coordenadores	Perfil do coordenador	Coordenador tem formação superior em saúde pública ou áreas afins; tem pós-graduação/ treinamento, etc. em planejamento e gestão; já recebeu treinamento sobre o PCE; é da FUNASA	- Questionário para análise de contexto	Perfil favorável a implantação ► contexto favorece a implantação
		Atenção prestada à inovação	Acha que a meta de exames proposta pela SES é insuficiente e acredita que deveriam ser feitos mais exames	- Questionário para análise de contexto	Coordenador com perfil inovador ► contexto favorece a implantação
			Procura sempre trabalhar localidades novas	- Questionário para análise de contexto	
		Orientação cosmopolita ou local	Já buscou outras secretarias para realizar ações de controle da esquistossomose	- Questionário para análise de contexto	Coordenador com orientação cosmopolita ► contexto favorece a implantação
			Já discutiu o assunto no CMS	- Questionário para análise de contexto	

Quadro 11. Matriz de subcategorias de análise do contexto estrutural, segundo atributos dos gestores, parâmetros, forma de coleta da informação e a possível influência que esta categoria tem sobre o GI.

Fonte: autora do trabalho.

#### 5.7.2.2.2 Atributos organizacionais

No presente estudo, foram verificados aspectos presentes na estrutura organizacional que apontam para a superação de uma estrutura que funcione de forma mecânica. Estes aspectos contribuem para a implantação do PCE, adequando-os à realidade da secretaria de saúde. Abaixo, estão listados os atributos organizacionais e as considerações a respeito da influência de cada um no grau de implantação do PCE:

- a) *Centralização*: avaliou a distribuição de poder dentro da organização (HALL, 1966; CHIAVENATO, 1997), procurando ver se a tomada de decisão na secretaria é centrada na autoridade do secretário ou se há espaço para discussão com técnicos e ASA. Também procurou ver se o planejamento das ações de controle da esquistossomose ocorre em conjunto com demais setores da saúde (principalmente com atenção básica) ou até com outros setores, fora da secretaria de saúde;
- b) *Formalização do comportamento*: avaliou os dois lados da formalização (1) o lado que contribui para a ordem da organização (existência de um organograma contemplando a coordenação do PCE e plano de saúde contendo ações de controle de acordo com as normas técnicas), (2) o lado em que inibe a criatividade dos trabalhadores, impedindo novas idéias.
- c) *Cultura de planejamento, monitoramento e avaliação*: averiguou-se se o planejamento das ações de controle da esquistossomose se resume ao cumprimento da meta de exames coproscópicos proposta pela SES, ou se há plano municipal de saúde contemplando pelo menos cinco componentes do PCE.
- d) *Especialização*: foram verificados os dois lados da especialização: (1) aquele que *melhora a qualidade do trabalho*, avaliando se os atores que participam do PCE (ASA, ACS, médico, enfermeiros, laboratoristas e auxiliares de laboratório e coordenador do PCE) possuem especialização na sua área de atuação, bem

como (2) o lado que *poda a criatividade dos trabalhadores*, impedindo que os mesmos participem de outras atividades.

e) *Tamanho*: foi apurado se o município é responsável por adquirir os insumos necessários para realização de atividades de controle da esquistossomose, se o município realiza integralmente as ações de controle, com técnicos e tecnologias próprias. Foram feitas indagações a respeito da estrutura de recursos humanos e materiais existentes no município, procurando saber se a mesma dá suporte às ações do PCE. Será considerada estrutura favorável aquela cujo GI for superior a 65 pontos.

Para permitir uma melhor percepção destas características, e da sua influência no grau de implantação, foi elaborada uma matriz (quadro 12) contendo a categoria e suas subcategorias de análise, os parâmetros estabelecidos para avaliação de cada categoria, a forma de coleta das informações e o julgamento da possível interferência destas variáveis no grau de implantação das ações de controle da esquistossomose à luz da proposta teórica do modelo político e contingente.

Os dados desta fase da pesquisa foram colhidos a partir da entrevista dirigida. Realizou-se a análise de conteúdo, onde num primeiro momento organizaram-se os dados em Atributos dos gestores e atributos organizacionais e depois comparou-se o observado com a configuração teórica predita (modelo estrutural).

SUBCATEGORIAS		PARÂMETROS	COLETA DOS DADOS	JULGAMENTO
CONTEXTO ESTRUTURAL (ATRIBUTOS ORGANIZACIONAIS)	Centralização	Tomada de decisão descentralizada da autoridade do secretário	- Questionário para análise do contexto	Tomada de decisão descentralizada e planejamento participativo ► contexto favorece a implantação
		Planejamento participativo das ações de controle (incluindo PSF/ PACS e todos os agentes de implantação)		
	Formalização do comportamento	O Plano municipal de saúde contempla, pelo menos, cinco dos componentes do PCE propostos no guia (FUNASA)	- Plano municipal de saúde; - Questionário para análise do contexto.	Plano contempla pelo menos cinco componentes e existe organograma ► contexto favorece a implantação
		Existe de organograma contemplando coordenação do PCE	- Organograma da secretaria de saúde.	
		Já foram realizadas ações de controle da esquistossomose além daquelas previstas no guia, e que, na opinião do coordenador, se aplicam melhor à realidade do município	- Questionário para análise do contexto; - Documentos comprobatórios.	Realização de ações adequadas à realidade municipal ► contexto favorece a implantação
	Cultura de planejamento, monitoramento e avaliação	Controle da esquistossomose contemplado no plano municipal de saúde/ relatórios de gestão e contempla pelo menos cinco componentes do PCE	- Plano municipal de saúde;	Controle da esquistossomose contemplado no PMS ► contexto favorece a implantação
		Há um monitoramento e avaliação das ações de controle	- Questionário para análise do contexto	Há monitoramento/ avaliação ► contexto favorece a implantação
	Tamanho (autonomia técnico-gerencial e financeira)	O município é integralmente responsável por adquirir os insumos necessários para realização de atividades de controle da esquistossomose	- Questionário para análise do contexto	Município adquire os recursos e executa integralmente as atividades ► contexto favorece a implantação
		O município realiza integralmente as ações de controle, com técnicos e tecnologias próprias.	- Questionário para análise do contexto	
		A estrutura de RH e Recursos materiais do município favorece o funcionamento do programa (GI da estrutura superior a 65 pontos)		
	Nível de Especialização	Coordenador com formação em saúde pública e planejamento e gestão do PCE; Demais profissionais (ASA, laboratoristas/ auxiliares de laboratório, ACS, etc.) com cursos na sua área específica;	- Questionário para análise do contexto	Profissionais habilitados e realizando outras atividades além daquelas incumbidas ► contexto favorece a implantação
		Os trabalhadores só realizam as atividades que lhe são incumbidas	- Questionário para análise do contexto	

Quadro 12. Matriz de subcategorias de análise do contexto estrutural segundo atributos organizacionais, parâmetros, forma de coleta da informação e julgamento sobre a possível influência que esta categoria tem sobre o GI.

Fonte: autora do trabalho.

## 6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O trabalho foi elaborado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães conforme parecer Nº 013/2009, em reunião ordinária ocorrida no dia 04 de junho de 2009 (anexo A).

Esta pesquisa não ofereceu riscos aos participantes, uma vez que no início de cada entrevista foram explicitados os objetivos da pesquisa e o uso que se faria do material, garantindo-se o sigilo das informações e o anonimato dos atores envolvidos. As entrevistas foram realizadas mediante o consentimento prévio dos sujeitos selecionados (apêndice H).

Os encontros foram marcados de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e as entrevistas foram conduzidas pela responsável pela pesquisa em local apropriado no próprio município, tendo o número e o tempo de cada sessão ocorrido de acordo com as necessidades de cada informante.

A pesquisa trouxe benefícios para todas as instâncias de gestão do PCE, mas principalmente para a municipal, na medida em que seus resultados fornecerão informações sobre o funcionamento do PCE no município, e sobre os fatores que influenciam e norteiam as atividades de controle da esquistossomose dando subsídios para que a gestão melhore a qualidade do serviço prestado à comunidade.

## 7 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em 4 etapas: a primeira caracteriza os sujeitos da pesquisa, a segunda avalia o GI do PCE em Escada e Goiana, considerando os seus componentes de estrutura e processo, a terceira analisa o contexto e a quarta relaciona o contexto estrutural e político municipal com o GI do PCE.

As entrevistas foram realizadas no mês de junho de 2009, após aprovação pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e após contato prévio com as secretarias de saúde dos municípios de Escada e Goiana. Os participantes das entrevistas no município de Goiana foram:

- a) Gerente da Vigilância em Saúde (veterinário);
- b) Coordenadora do PCE (Agente de Saúde ambiental);
- c) Agente de saúde ambiental que trabalha no PCE (primeiro grau completo).

No município de Escada, os responsáveis pelas informações foram:

- a) Secretária de Saúde (fonoaudióloga com especialização em Gerência de Cidades);
- b) Coordenadora das ações de controle de endemias (bióloga);
- c) Agente de saúde ambiental (primeiro grau incompleto).

### 7.1 Avaliação do Grau de Implantação

#### 7.1.1 Avaliação da dimensão estrutura

Essa avaliação foi feita em duas etapas: primeiro, levando-se em conta o GI de cada componente (equipe de trabalho, recursos materiais e indicadores de cobertura de habilitação profissional) em separado e depois, considerando-se o total de pontos atingido pela dimensão, o que se configurará no Grau de Implantação da dimensão estrutura.

#### 7.1.1.1 Avaliação do componente Equipe de Trabalho (Recursos Humanos)

O GI do componente equipe de trabalho de Goiana atingiu 85,7%, classificando-se como *implantado*. Escada atingiu 64,3% e seu GI foi classificado como *parcialmente implantado*.

Os dois municípios possuem coordenador do PCE, embora os mesmos coordenem outros programas (Dengue, Doença de Chagas, dentre outros) e, por isso, receberam máxima pontuação.

Os municípios possuem também número suficiente de Agentes de Endemias/ Saúde Ambiental. Goiana tem 4 Agentes trabalhando no PCE, número mais do que suficiente para cumprir a meta anual de 5.000 exames parasitológicos de fezes. Embora em Goiana um ou mais agentes possam, eventualmente, ser remanejados para trabalhar em outros programas, a meta terá condições de ser cumprida.

Escada tem 3 agentes, um número igualmente suficiente para cumprir sua meta de 2009 exames. Os agentes também são, eventualmente, remanejados para outros programas, de acordo com a necessidade. Esta prática, porém não prejudica o andamento do programa. Os municípios receberam máxima pontuação neste quesito.

Goiana possui 2 técnicos de laboratório realizando exames parasitológicos de fezes. Sabendo que um técnico consegue ler aproximadamente 50 lâminas/ dia (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998), ou 12.500/ ano, o município tem laboratoristas suficientes para cumprir a meta proposta. Escada tem 1 laboratorista, o que também é suficiente para cumprir a meta. Ambos os municípios receberam máxima pontuação neste quesito.

Goiana possui 3 auxiliares de laboratório trabalhando no PCE, número suficiente para cumprir a meta do município. O município recebeu máxima pontuação neste quesito. Escada não possui auxiliares de laboratório. Esta tarefa é realizada pelos ASA.

Os dois municípios têm digitadores para o PCE, que digitam também outros programas como o Sistema de Informações sobre Febre Amarela e Dengue (SISFAD) e o SINAN. Os municípios receberam máxima pontuação neste quesito.

Goiana possui um motorista à disposição do PCE. Embora o mesmo não seja exclusivo para o Programa, os técnicos referem que, em geral, não há dificuldades quando necessitam de seus serviços. Já em Escada, há um motorista para a Vigilância Ambiental e para a Sanitária e os técnicos já deixaram de realizar atividades do programa devido a este fato. Sendo assim, Escada não atingiu máxima pontuação neste quesito.

Em relação ao NESMS, nenhum dos municípios os possui, pontuando zero neste quesito.

No quadro 13 estão listados os sub-componentes dos recursos humanos da dimensão estrutura, com a respectiva pontuação e a pontuação atingida por cada município. Observe-se que Goiana atingiu 85,7% do componente Recursos Humanos (componente implantado), enquanto Escada alcançou 64,3% (componente parcialmente implantado).

SUB-COMPONENTE	PONT. MÁXIMA	PONTUAÇÃO ATINGIDA	
		GOIANA	ESCADA
Coordenador do PCE	5	5	5
Agente de Saúde Ambiental/ endemias em nº suficiente	5	5	5
Motorista	5	5	2,5
Técnico de Laboratório em nº suficiente	5	5	5
Auxiliar de Laboratório em nº suficiente	5	5	0
NESMS	5	0	0
Digitador	5	5	5
<b>TOTAL DE PONTOS E PERCENTUAL</b>	<b>35 (100%)</b>	<b>30 (85,7%)</b>	<b>22,5 (64,3%)</b>

Quadro 13. Pontuação atingida por cada sub-componente e percentual total atingido pelo componente Recursos Humanos da dimensão estrutura em ambos os municípios. Goiana e Escada, 2009.

Fonte: autora do trabalho.

Nota: implantado (80 a 100%); parcialmente implantado (50 a 79%); não implantado (menos de 49%).

### 7.1.1.2 Avaliação do componente Recursos Materiais

#### 7.1.1.2.1 Inquéritos coproscópicos censitários/ delimitação epidemiológica

No dia da visita ao município, Escada possuía aproximadamente 1.000 coletores universais, doados pela GERES, enquanto ainda restavam 1.009 exames

para o cumprimento da meta estipulada. Não havia previsão de compra de coletores pelo município. Por este motivo, Escada recebeu apenas metade da pontuação para este componente. Goiana não possuía nenhum pote coletor no dia da visita. Os informantes mencionaram que havia, na GERES, kits de Kato-Katz disponíveis para o município, no entanto, não sabiam quantos kits seriam disponibilizados. Goiana recebeu zero ponto.

Nenhum dos municípios possuía etiquetas marcadoras. Ambos utilizavam esparadrapo ou outro tipo de etiqueta para marcar os potes coletores e, por isso, não pontuaram neste quesito.

Escada possuía 200 formulários PCE 101 no dia da visita. Como cada formulário comporta anotações sobre 15 pessoas, o número era suficiente para cumprir a meta. Goiana possuía aproximadamente 400 formulários, número também satisfatório. Os municípios receberam máxima pontuação neste quesito.

Goiana possui 01 veículo à disposição do PCE que, às vezes, é deslocado para outros programas. Este fato não prejudica o funcionamento do programa, segundo os técnicos e, por isso, Goiana recebeu máxima pontuação neste quesito. Escada possui 01 veículo que não é exclusivo do programa o que prejudicar o desempenho do mesmo. Assim, Escada recebeu a metade dos pontos neste quesito.

Nenhum dos municípios possuía mapa contendo percentuais de positividade das localidades trabalhadas, nem croqui com coleções hídricas, por isso, não pontuaram.

#### 7.1.1.2.2 Laboratório

Os municípios possuem laboratório próprio onde são realizados os exames para esquistossomose e receberam máxima pontuação neste quesito. No laboratório de Escada, constatou-se que o município havia recebido da GERES, há poucos meses, dois kits completos de Kato-Katz. Mesmo se não tivesse recebido o kit, o município ainda tinha peso-medida em número suficiente, lâminas de vidro (aproximadamente 1.000) e tela de nylon (aproximadamente 1 m<sup>2</sup>). Porém, não tinha verde malaquita, palhetas e papel de celofane, itens essenciais para a realização

dos exames. A situação de Goiana foi parecida: o município recebeu kits Kato-Katz e ainda tinha, em seu município, peso-medida, verde malaquita (aproximadamente 500 ml), palheta (aproximadamente 2.000) e papel de celofane. Não tinha a tela de nylon.

#### 7.1.1.2.3 Tratamento de doentes

Em nenhum dos municípios havia comprimidos de Praziquantel ® para o tratamento de doentes, nem da demanda do programa, nem da demanda passiva. Nenhum deles pontuou este quesito.

#### 7.1.1.2.4 Controle do molusco vetor

Nenhum município realiza qualquer atividade de controle do molusco vetor, não têm material para esta atividade e não pontuaram este quesito.

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

Os municípios possuem computador disponível e em condições para digitação das atividades do PCE e pontuaram neste quesito.

#### 7.1.1.2.6 Educação em Saúde

Os municípios realizam atividades educativas com a comunidade por meio de palestras em escolas e disponibilizam informações aos moradores no momento da entrega dos potes para coleta de material. Possuíam material educativo

confeccionado pelo próprio município, pelo que receberam pontos. Vale ressaltar que os únicos responsáveis por realizar tais atividades são os próprios ASA, já que nenhum dos municípios possui NESMS implantado de acordo com a política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ou profissional devidamente treinado para exercer estas atividades e, por isso, não receberam pontos.

SUB-COMPONENTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA DO COMPONENTE	PONTUAÇÃO ATINGIDA/ GOIANA	PONTUAÇÃO ATINGIDA/ ESCADA
Potes	02	00	01
Etiquetas marcadoras	02	00	00
Formulário PCE 101	02	02	02
Veículo	02	02	01
Mapa	02	00	00
Croqui	02	00	00
Laboratório Municipal	05	05	05
Kits Kato-Katz	02	00	02
Lâminas	02	02	02
Tela de Nylon	02	00	02
Verde Malaquita	02	02	00
Palheta	02	02	00
Peso-medida	02	02	02
Papel celofane	02	02	00
Praziquantel	02	00	00
EPI malacologia	02	00	00
Equipamentos para trabalho de campo/ malacologia	02	00	00
Croqui com informações sobre molusco	02	00	00
Computador	02	02	02
NESMS/ profissional treinado	02	00	00
Material educativo	02	02	02
<b>TOTAL DE PONTOS/ PERCENTUAL</b>	<b>45 (100%)</b>	<b>23 (51,1%)</b>	<b>21 (46,6%)</b>

Quadro 14. Pontuação atingida por cada sub-componente e componente e percentual total atingido pelo componente Recursos Materiais da dimensão estrutura no município de Goiana e Escada. Goiana e Escada, 2009.

Fonte: autora do trabalho.

Nota: implantado (80 a 100%); parcialmente implantado (50 a 79%); não implantado (menos de 49%).

Observar que o GI do componente recursos materiais para o município de Goiana foi de 51,1%, estando *parcialmente implantado*, e para o município de Escada, foi de 46,6%, estando *não implantado*.

### *7.1.1.3 Avaliação do componente Indicadores de cobertura de habilitação profissional*

Goiana tem 04 ASA que são treinados somente para o trabalho de entrega e coleta de potes. Em relação aos médicos do município, nenhum deles recebeu até o momento, capacitação/ atualização para tratamento de doentes esquistossomóticos e, assim recusam-se a tratá-los. Os informantes repassaram que os médicos não têm condições para realizar o tratamento no ambulatório e que necessitam de suporte extra como a presença de uma ambulância no local no momento em que forem realizar o tratamento. No momento da entrevista foi constatado que havia um médico que se dispunha a realizar o tratamento de todos os doentes. Os enfermeiros e ACS também não receberam treinamento sobre o PCE.

O coordenador das endemias/ PCE nunca recebeu treinamento formal, somente o gerente da Vigilância em Saúde foi capacitado pela SES.

Os 02 laboratoristas foram treinados pelo Laboratório de Endemias (LABEND), e entre os 03 auxiliares de laboratório, somente um foi treinado.

O atual digitador, no momento da pesquisa, estava sendo orientado pelo antigo digitador, que havia saído há alguns dias para assumir outro programa. Goiana não possui NESMS.

Escada possui dois ASA que foram treinados pela SES tanto para o trabalho de campo quanto para preparação e leitura de lâminas. Nenhum dos médicos e enfermeiros foram treinados para o tratamento de doentes. Os ACS também não sabiam do funcionamento do PCE.

Os profissionais que trabalham na coordenação das ações de endemias de Escada haviam sido treinados em gestão do PCE pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM)/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2001. De lá pra cá, não houve mais treinamentos deste tipo. O gerente da vigilância em saúde não foi treinado.

O laboratorista foi treinado pelo LABEND, mas o auxiliar de laboratório não recebeu treinamento. O digitador foi treinado pela GERES. O município também não possui NESMS.

Observar que somente 20% dos profissionais do município de Goiana receberam treinamento em suas funções específicas, enquanto que Escada tem

40% de seus profissionais treinados. Em ambos os municípios, o GI deste componente foi classificado como *não implantado*.

CATEGORIA PROFISSIONAL	EXISTENTES		TREINADOS		PONTUAÇÃO ATINGIDA	
	GOIANA	ESCADA	GOIANA	ESCADA	GOIANA	ESCADA
ASA*	04	02	00	02	00	02
MÉDICOS	15	09	00	00	00	00
ENFERMEIROS	17	12	00	00	00	00
ACS	138	85	00	00	00	00
COORD. ENDEMIAS/PCE	01	02	00	02	00	02
GERENTE VIGILÂNCIA	01	01	01	00	02	00
LABORATORISTA	02	01	02	01	02	02
AUX.LABORATÓRIO	03	00	01	00	00	00
EDUCADORES	00	00	00	00	00	00
DIGITADORES	01	01	00	01	00	02
TOTAL DE PONTOS E PERCENTUAL					04 (20%)	08 (40%)

Quadro 15. Pontuação atingida por cada categoria profissional habilitada em sua função específica e percentual total atingido pelo componente Indicadores de Cobertura de Habilitação Profissional da dimensão estrutura nos municípios de Goiana e Escada. Goiana e Escada, 2009.

Fonte: autora do trabalho.

Nota: implantado (80 a 100%); parcialmente implantado (50 a 79%); não implantado (menos de 49%).

\*Treinados em pelo menos **duas** das seguintes funções: malacologia, coproscopia, educação em saúde, diagnóstico laboratorial.

#### 7.1.1.4 Total de pontos da dimensão estrutura (GI da dimensão estrutura)

Somando-se os pontos atingidos por cada componente, tem-se que o GI da dimensão estrutura em Escada atingiu 51,5 dos 100 pontos, sendo 08 referentes aos indicadores de habilitação profissional (quadro 15), 21 referentes aos recursos materiais (quadro 14) e 22,5 referentes aos recursos humanos (quadro 13). O GI da estrutura foi, portanto, *insatisfatório*.

Goiana tingiu 62 dos 100 pontos da dimensão estrutura. O componente recursos humanos somou 35 pontos (quadro 13), o componente recursos materiais atingiu 23 pontos (quadro 14) e o componente Indicadores de cobertura de habilitação profissional, 4 pontos (quadro 15). O GI da estrutura de Goiana foi, portanto, *insatisfatório*.

### 7.1.2 Avaliação da dimensão processo

A avaliação da dimensão processo foi feita primeiro considerando-se cada componente em separado e, depois, considerando-se o total de pontos atingido pela dimensão, o que se configurará no Grau de Implantação.

#### *7.1.2.1 Avaliação do componente Delimitação epidemiológica*

Nos dois municípios do estudo, nenhum dos técnicos que participaram da entrevista tinham conhecimento das técnicas amostrais de inquéritos, nem sabiam da sua importância.

#### *7.1.2.2 Avaliação do componente Inquéritos coproscópicos censitários*

Os técnicos do município de Escada afirmaram usar critérios como presença de “rios” e áreas com baixo grau de saneamento básico para escolha das localidades alvo dos inquéritos censitários. Também mencionaram a necessidade de trabalhar áreas que nunca foram trabalhadas. Afirmaram que realizam planejamento conjunto com os ASA antes de se dirigir ao campo. Estes subcomponentes receberam a pontuação máxima esperada.

Os técnicos alegaram que têm consciência do intervalo máximo de dois anos entre a realização de dois ciclos de diagnóstico e tratamento, mas não tem como realizar essa tarefa, uma vez que precisam incluir, a cada ano, novas localidades nos inquéritos e sua estrutura não comporta trabalhar todas as localidades. A análise dos dados dos relatórios de coproscopia emitidos pelo SISPCE municipal corrobora. Este componente não pôde receber a pontuação máxima esperada (quadro 16).

Para não parar o programa na época das chuvas, eles escolhem as áreas urbanas que têm pior saneamento básico. A análise dos relatórios de coproscopia

emitidos pelo SISPCE também confirma este fato. Este componente também não recebeu a pontuação máxima esperada (quadro 16).

Outro aspecto pesquisado em Escada foi a cobertura de áreas rurais pelo PCE. Analisando-se os dados do SISPCE, verificou-se que a população rural trabalhada desde a implantação do PCE em 2002 foi de aproximadamente 19.894 pessoas e a população rural deste município é de 12.257 pessoas. Sendo assim, o município já cobriu toda a população rural e, por isso, recebeu pontuação máxima neste quesito. Da mesma forma cumpriu a meta pactuada junto à SES para o ano de 2008, que foi de 2.009 exames. Os técnicos afirmaram utilizar mecanismos visando reduzir a perda de potes, retornando às casas para recuperá-los, assim como realizam educação em saúde casa a casa.

Em Goiana, a presença de coleções hídricas, áreas trabalhadas há mais de dois anos e que tiveram alta positividade e áreas com saneamento básico precário são os critérios utilizados pelos técnicos juntamente com os ASA para a escolha das áreas a serem trabalhadas. Este planejamento é realizado antes de se dirigirem ao campo. Estes quesitos receberam máxima pontuação (quadro 16). Os técnicos se preocupam em cobrir áreas urbanas e rurais e escolhem aquelas áreas por *“terem a consciência da proximidade entre estas duas áreas, bem como saberem que há áreas urbanas com saneamento precário, o que favorece a disseminação da esquistossomose”*. Este fato foi ratificado pela análise do SISPCE. Também utilizam técnicas para diminuir a perda de potes, como realização de palestras e conscientização das comunidades através de trabalho casa a casa. Todos estes componentes receberam máxima pontuação (quadro 16).

Através da análise dos dados do SISPCE, verificou-se que, em Goiana, a população rural trabalhada desde a implantação do PCE em 2004 foi de aproximadamente 23.000 pessoas e a população rural deste município é de 27.885 pessoas. Sendo assim, o município cobriu boa parte (82%) da população rural e, por isso, recebeu pontuação máxima neste quesito. Quanto ao cumprimento da meta pactuada junto à SES para o ano de 2008, que foi de 5.000 exames, o município a cumpriu, realizando 6.155 exames. Os técnicos afirmaram que sabem do intervalo máximo entre a realização de dois ciclos de diagnóstico e tratamento, mas não cumprem, pois é inviável incluir todas as novas localidades entre as já trabalhadas. Devido a este fato, o subcomponente não pode receber máxima pontuação (quadro 16).

### 7.1.2.3 Avaliação do componente tratamento de positivos

Neste componente, avaliou-se se há dificuldade em tratar os pacientes positivos para esquistossomose.

Os técnicos de Goiana afirmaram que, embora tenham conseguido boas coberturas de tratamento, uma de suas maiores dificuldades é que *“a maioria dos médicos das ESF se recusa a tratar os portadores de esquistossomose mesmo que o inquérito tenha sido realizado na sua área de cobertura, pois consideram que não é um procedimento de rotina e que necessitam de suporte, como a presença de uma ambulância no local.”* Relataram sérias dificuldades em se comunicar com o departamento de atenção básica do município, ressaltando que a opinião de seus coordenadores é que o tratamento de doentes *“deve ser feito pelos agentes do PCE”*. Devido a este fato, Goiana não recebeu pontuação máxima neste quesito.

Em relação à coproscopia de controle, o município a oferece após 6 meses do tratamento, para aquelas pessoas que procuram voluntariamente o serviço de saúde voluntariamente.

Em Escada, os técnicos referiram não ter dificuldades em encaminhar a lista com os pacientes positivos para os médicos do PSF, ressaltando que *“eles já estão sensibilizados”*. O município oferece a coproscopia de controle somente para aqueles pacientes cujo exame mostrou a presença de grande quantidade de ovos. Como não disponibiliza o tratamento para todos os pacientes não recebeu pontuação máxima neste quesito.

### 7.1.2.4 Avaliação do componente controle do molusco vetor

Nenhum dos municípios realiza ou já realizou quaisquer atividades envolvendo o controle do molusco vetor.

#### *7.1.2.5 Avaliação do componente medidas de saneamento*

Goiana não realiza e nunca realizou nenhuma ação de saneamento visando o controle da esquistossomose. O município de Escada apoiou a construção de banheiros na localidade Alvorada, pelo projeto Alvorada. Como não foi o município que realizou a construção dos banheiros, embora tenha apoiado o projeto, não recebeu pontuação máxima neste quesito (quadro 16).

#### *7.1.2.6 Avaliação do componente educação em saúde*

Escada realiza periodicamente palestras em escolas municipais e em empresas que requereram esta ação, como a Odebrecht, que opera no município e solicitou técnicos para falar sobre esquistossomose. Não tem parceria com ONGs e/ou órgãos de participação popular, como associação de moradores e conselhos de saúde.

Goiana também realiza palestras em escolas, mas não possui parceria com ONGs e órgãos de participação popular.

#### *7.1.2.7 Avaliação do componente SISPCE*

Ambos os municípios têm o SISPCE implantado, porém, Escada não digita os casos provenientes da demanda passiva (não trabalha com a ficha de detecção de casos pela rede básica na área endêmica). Já os técnicos de Goiana conhecem este formulário e digitam casos.

#### *7.1.2.8 Avaliação do componente vigilância epidemiológica*

Ambos os municípios notificam casos graves no SINAN e receberam máxima pontuação neste quesito. Nenhum faz investigação de casos graves e óbitos e não receberam pontuação neste quesito.

O quadro 16 mostra a pontuação atingida por cada subcomponente da dimensão processo por município.

#### *7.1.2.9 Avaliação do subcomponente Indicadores de cobertura*

##### 7.1.2.9.1 Percentual médio da população trabalhada por ano

A população do município de Escada é de 59.850 habitantes. A média da população trabalhada por ano é de 2.842 exames realizados, o que equivale a um percentual de 4,7% da população trabalhada por ano. Goiana possui 71.796 habitantes e realiza, em média, 4.561 exames por ano, o que equivale a 6,3% da população trabalhada por ano. Como cada município obteve menos de 49% neste indicador receberam zero ponto.

##### 7.1.2.9.2 Percentual médio de amostras recolhidas

No período 2001-2008, Escada entregou 19.894 potes e recolheu 15.162, o que equivale a 76,2% de potes recolhidos. Como o Ministério preconiza uma perda de no máximo 20%, o município não atingiu máxima pontuação neste quesito, recebendo 2,5 pontos.

Goiana entregou um total de 22.805 potes no período 2004-2008, tendo recolhido 19.623 o que equivale a 86% de recolhimento. O município recebeu pontuação máxima neste quesito, recebendo 05 pontos.

SUB-COMPONENTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA DO SUBCOMPONENTE	PONTUAÇÃO ATINGIDA GOIANA	PONTUAÇÃO ATINGIDA ESCADA
Realização de inquérito coproscópico amostral	3,5	00	00
Uso de critérios para escolher áreas	05	5,0	5,0
Planejamento de ações antes de ir ao campo	05	5,0	5,0
Cumprimento do intervalo de dois anos	05	00	00
Cobertura de áreas rurais e urbanas	05	5,0	2,5
Uso de mecanismos para diminuir a perda de potes	05	5,0	5,0
Cumprimento da meta proposta pela SES	05	5,0	5,0
Cobertura de 80% da população rural no período trabalhado	05	5,0	5,0
Encaminhamento de pacientes para o tratamento (ESF)	05	2,5	5,0
Garantia de coproscopia de controle	05	5,0	2,5
Demarcação de estações de captura	3,5	00	00
Realização de coleta periódica de caramujos para identificação da tx de infecção	3,5	00	00
Realização de ações de controle do molusco	3,5	00	00
Realização de ações de saneamento	3,5	00	0,0
Realização de atividades educativas comprovadas em atas	3,5	3,5	3,5
Existência de parcerias com ONGs, associações de moradores, etc.	3,5	00	00
SISPCE implantado	3,5	3,5	3,5
Digitação de casos provenientes de demanda passiva no SISPCE	3,5	3,5	00
Investigação de casos graves/ óbitos	1,75	00	00
Digitação de casos graves no SINAN	1,75	1,75	1,75
<b>TOTAL DE PONTOS</b>	<b>80</b>	<b>49,75</b>	<b>43,75</b>

Quadro 16. Pontuação atingida por cada subcomponente da dimensão processo, no que diz respeito às variáveis dicotômicas, nos municípios de Goiana e Escada. Goiana e Escada, 2009.

#### 7.1.2.9.3 Cobertura média de tratamento

No período em que trabalhou, Escada teve 5.215 positivos e tratou 4.041, o que equivale a uma cobertura de 77,5%. Como a cobertura recomendada pelo Ministério é de 80%, o município não atingiu máxima pontuação neste quesito, recebendo 2,5 pontos.

Goiana teve um total de 1.823 positivos e tratou 1.628, apresentando uma cobertura de 89%, atingindo, máxima pontuação, com 5 pontos.

#### 7.1.2.9.4 Periodicidade do fluxo da informação

Os municípios enviaram dados anualmente para a SES/PE, recebendo a máxima pontuação de cinco pontos cada.

Abaixo, o quadro com a pontuação atingida pelos municípios por cada indicador:

INDICADOR	PONTUAÇÃO MÁXIMA DO INDICADOR	PONTUAÇÃO ATINGIDA GOIANA	PONTUAÇÃO ATINGIDA ESCADA
Percentual médio da população trabalhada	5,0	00	00
Percentual médio de amostras recolhidas	5,0	5,0	2,5
Cobertura de tratamento	5,0	5,0	2,5
Periodicidade do fluxo	5,0	5,0	5,0
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		<b>15,0</b>	<b>10,0</b>

Quadro 17. Pontuação atingida de acordo com a faixa de percentual alcançada por cada indicador de cobertura nos municípios de Goiana e Escada. Goiana e Escada, 2009.

Fonte: autora do trabalho.

#### 7.1.2.10 *Total de pontos da dimensão processo*

Somando-se os pontos das variáveis dicotômicas (quadro 16) com os dos indicadores de cobertura (quadro 17), Escada atingiu 43,75 pontos mais 10, totalizando 53,75 pontos e Goiana atingiu 49,75 mais 15, totalizando 64,75. Sendo

assim, o GI da dimensão processo em Escada foi classificado como *insatisfatório*, enquanto que Goiana teve seu GI classificado como *satisfatório*.

### 7.1.3 Cálculo do Grau de Implantação

#### 7.1.3.1 Cálculo do GI do PCE em Escada

CE: $51,5 \times 4 = 206$
CP: $53,75 \times 6 = 322,5$
GI: $206 + 322,5 / 10 = 52,85$

Verifica-se que o GI do PCE em Escada foi 52,85 sendo classificado como *não implantado*.

#### 7.1.3.2 Cálculo do GI do PCE em Goiana

CE: $62 \times 4 = 248$
CP: $64,75 \times 6 = 388,5$
GI: $248 + 388,5 / 10 = 63,65$

Verifica-se que o GI do PCE em Goiana foi 63,65 sendo classificado como *parcialmente implantado*.

## 7.2 Análise do contexto

### 7.2.1 Análise da dimensão política

#### 7.2.1.1 Análise do contexto político sob a perspectiva do gestor municipal (secretário de saúde)

##### 7.2.1.1.1 Goiana

No momento da entrevista, o município de Goiana passava por uma reestruturação política e a secretária de saúde se reservou o direito de não participar da entrevista. Sendo assim, não foi possível observar a influência do contexto político sob a perspectiva do gestor neste município.

##### 7.2.1.1.2 Escada

No município de Escada, a secretária de saúde considerou que o apoio dado pela secretaria de saúde à construção do laboratório municipal através do programa Programa de Desenvolvimento da Zona da Mata (PROMATA) foi uma ação importante para *dar suporte às ações* de controle da esquistossomose. Afirmou que a Secretaria se empenhou, pois tem consciência de que a esquistossomose é uma doença endêmica. Neste caso, considerou-se que o contexto favoreceu a implantação do PCE.

Em relação a conhecer o funcionamento do PCE, a gestora de Escada citou apenas algumas ações do programa: a “realização de exames *em áreas que possuem rios*” e a *notificação de casos pelas equipes do PSF*. Não descreveu o seu funcionamento nem mencionou os indicadores básicos. Em relação ao planejamento das ações, ela afirmou que só senta com os técnicos para ver o que foi pactuado

pelo Estado e acompanha o cumprimento das metas. A atitude observada na gestora deixa a desejar, uma vez que não se apropria adequadamente do tema. No entanto, considera-se uma apoiadora do programa, pois disponibiliza pessoal específico para a realização das ações. Ela reconhece que há deficiência na disponibilidade de carros, mas afirma que seu município *sempre cumpre a meta pactuada*. Mencionou que a esquistossomose pode ser “deixada de lado” diante de uma epidemia de dengue, visto que se trata de “*uma doença silenciosa*”, e não tão alarmante quanto a dengue. Conclui-se que a gestora, prioriza o cumprimento das metas pactuadas pela SES para o seu município, não se apropriando adequadamente à filosofia do PCE.

#### *7.2.1.2 Análise do contexto político sob a perspectiva do coordenador do PCE*

##### 7.2.1.2.1 Goiana

A coordenadora do PCE afirmou que já realizou ações para contribuir para o melhor funcionamento do programa: realizou campanhas educativas com a comunidade, realizou entrevista na rádio local e treinou mais 1 técnico para leitura de lâminas. Em relação a esta variável, o contexto *favorece* a implantação. Em relação ao conhecimento sobre o PCE, ela tem entendimento que precisa fazer os exames para cumprir a meta e fazer educação em saúde. Não citou nenhum dos outros componentes do programa. O setor de vigilância ambiental não possuía o manual de controle da esquistossomose. Neste caso, o contexto *não é favorável* à implantação do PCE.

Quanto ao conhecimento sobre os indicadores, a coordenadora soube dizer quais foram as últimas localidades trabalhadas (Invasão, Impoeira, Dois Rios e Baldo do Rio). Este fato foi confirmado pela consulta ao SISPCE. Além disso, soube dizer que a prevalência média do município de Goiana foi de 8 a 14%, mas há localidades em que a prevalência chega a 30%, como é o caso de Baldo do Rio e Ipueira. O contexto favoreceu a implantação do PCE.

A coordenadora afirma que escolhe as localidades a serem trabalhadas em conjunto com os ASA, procurando cumprir a meta através da escolha de localidades que possuam rios, que tenham um saneamento básico precário e que tiveram maiores índices de positividade. No entanto, nunca se reportou ao Guia para nortear as ações. Além disso, não participa da construção dos instrumentos de planejamento. Estes quesitos, portanto, não favoreceram a implantação do PCE. Some-se a isso o fato de o planejamento não se dar junto com as equipes de PACS/PSF, nem com o secretário de saúde. A coordenadora não acredita que a esquistossomose seja uma prioridade em seu município, já que faltam recursos para adquirir os insumos básicos para a execução do programa. Diante da ocorrência de outras doenças a esquistossomose costuma ser deixada de lado. Estes dados não favorecem a implantação do PCE em Goiana.

O gerente da vigilância em saúde considerou a realização de entrevistas periódicas na rádio como uma ação realizada no sentido de contribuir para melhor funcionamento do PCE, assim como a aquisição de mais um microscópio para aumentar a cota de exames. Estas ações dão apoio ao PCE.

O gerente sabe que o programa não se resume à realização de exames para cumprir a meta, que é necessário realizar ações de saneamento básico, que é preciso se comunicar com a atenção básica e implementar estratégias para o controle dos moluscos vetores. Ele diz que o ideal para o município é realizar, no mínimo, 15.000 exames para garantir certo controle da doença, mas suas idéias esbarram na falta de recursos humanos e materiais. Este município aumentou de 3.000 para 5.000 exames a sua meta anual junto à SES/PE por iniciativa do gerente em conjunto com a coordenadora. Ele sabia algumas das localidades trabalhadas no ano de 2008, como Baldo do Rio e Impoeira. Soube dizer que a prevalência média da esquistossomose no município é cerca de 10%, fato comprovado pela análise do SISPCE. Costuma planejar as ações junto com a coordenadora e com os ASA, mas não com o secretário, nem com PACS/PSF. Não se reporta ao Guia para esta atividade. Ele não participa da construção do Plano de Gestão, do Plano Pluri Anual ou do Plano de Ação e Metas, pois há uma firma terceirizada que faz este trabalho.

O gerente considera, apesar da falta de recursos que atrapalha a execução do programa, que a esquistossomose é uma prioridade no município no momento em que buscou aumentar o número de exames pactuados a fim de se atingir uma parcela maior da população em risco de adoecer. Como os objetivos do gerente são

direcionados para aumentar a cobertura, e não só cumprir a meta, isso foi considerado um fator que favorece a implantação do PCE. O depoimento do gerente mostra que o mesmo tem propriedade para fazer funcionar e tornar eficaz a operacionalização do PCE em Goiana.

#### 7.2.1.2.2 Escada

A coordenadora do PCE citou que os ASA são reciclados por ela, o que favorece o funcionamento do PCE. Diz que o programa engloba, além da realização dos exames, saneamento básico, educação em saúde, integração com as equipes de saúde da família, mas que era difícil realizar tudo isso. Este quesito favoreceu a implantação. O setor de vigilância ambiental não possuía o manual de diretrizes técnicas, mas a coordenadora disse que mesmo se possuísse, não seria necessário recorrer a ele uma vez que as ações de controle já estão muito incorporadas na rotina.

Citou que as últimas localidades trabalhadas foram Giqui, Massauassu Grande, Pata Choca e Dois Braços de Cima, mas não soube dizer quais as prevalências, a positividade média do município e nem as áreas com maior potencial de transmissão. Este contexto não favoreceu a implantação do PCE.

Afirmou que planeja a meta proposta pela SES/PE juntamente com os ASA, através da escolha de quais localidades serão trabalhadas. Este planejamento, contudo, não envolve as equipes de PACS/PSF. Utiliza informações ambientais (presença de rios, saneamento básico precário) e epidemiológicas (alta prevalência) para escolher as áreas a serem abrangidas pelos inquéritos censitários. Este é o único tipo de planejamento que a coordenadora realiza; não participando da construção de nenhum instrumento de planejamento como Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual ou Plano de Ação e Metas.

No geral, as ações mencionadas pela coordenadora sugerem que ela não tem domínio suficiente para fazer funcionar o PCE.

Finalmente, a coordenadora considera que a esquistossomose deveria ser, mas não é uma prioridade em seu município devido a falta de recursos. Este fato não favorece a implantação do PCE.

### 7.2.1.3 *Análise do contexto político sob a perspectiva do ASA*

#### 7.2.1.3.1 Goiana

A agente entrevistada afirma que realiza ações que contribuem para o melhor funcionamento do PCE, pois desenvolveu uma técnica para facilitar o entendimento das pessoas que não sabem ler, marcando os potinhos coletores de fezes com bolinhas e quadradinhos. Além disso, realiza, freqüentemente, palestras nas escolas e costuma mostrar os caramujos vetores à comunidade. Pode-se considerar que estas ações dão apoio à implantação do PCE.

Ela relatou que o programa consiste em realizar inquéritos e fazer palestras em escolas. Não mencionou os outros componentes, o que não favorece a implantação do PCE. Expôs que o programa é muito importante para o município uma vez que é grande o número de pessoas com esquistossomose.

Sobre a doença, mencionou que o “*germe*” está nas águas e entra pela pele e que precisa do caramujo para ocorrer a transformação do germe. Quanto aos indicadores, mencionou as últimas localidades trabalhadas, mas não soube dizer qual a prevalência em cada uma nem a positividade no município. Afirmou que não participa do planejamento das ações, apenas faz o que a coordenadora determina. Também não se reúne com ACS para realização de atividades.

A agente considera que a esquistossomose deveria ser prioridade, apesar dos “índices” de dengue serem mais altos. Afirmou que, no município, a esquistossomose não é prioridade, pois sempre falta material para a realização das atividades, o que faz com que as ações de controle deixem de acontecer. Pode-se ver que a agente não tem domínio suficiente sobre o tema para favorecer a implantação do PCE.

#### 7.2.1.3.2 Escada

A agente afirmou que realiza ações que contribuem para um melhor funcionamento do PCE, através da construção do “espelho” do boletim PCE 101, evitando perdas no caminho trabalho de campo- laboratório- tratamento.

Sobre a doença, conhece o trivial: é transmitida pela água e que precisa do caramujo. Sobre o programa, só relatou a realização dos exames e educação em saúde. Não mencionou nada sobre os outros componentes. Sabe que o PCE é importante devido à grande incidência da doença, a qual leva a morte.

Sobre os indicadores, não sabia nenhum, a não ser a última localidade trabalhada por ela. Em relação ao planejamento de ações, às vezes participa da escolha da localidade a ser trabalhada. Não se reúne com ACS.

Observando os fatos acima, vê-se que a agente não exerce domínio suficiente no PCE a ponto de tornar eficaz a sua operacionalização.

### 7.2.2 Análise da dimensão estrutural

#### 7.2.2.1 *Atributos dos gestores*

##### 7.2.2.1.1 Atributos do secretário de saúde

###### a) Escada

A secretária de Escada é fonoaudióloga e possui pós-graduação em Gerência de Cidades, realizada pela Universidade de Pernambuco (UPE). Em relação a possuir treinamento em planejamento e gestão, afirmou que, além da sua pós-graduação, participa de todos os congressos de secretários de saúde tendo recebido vários treinamentos oferecidos pelo PROMATA que abordavam o planejamento de ações em saúde. Nunca participou de treinamentos onde foi

ênfâtizado o controle da esquistossomose. De um modo geral pode-se dizer que os atributos relacionados ao perfil profissional do gestor contribuem para a implantaçãõ do PCE.

Em relaçaõ à atençãõ prestada à inovaçãõ, a gestora afirmou que nãõ abre mãõ de investir na formaçãõ de seus técnicos disponibilizando carros para transportá-los às reuniões e cursos de formaçãõ oferecidos pela SES/PE ou GERES e pelos centros de pesquisa. Ressaltou que nãõ mede esforçõs quando se trata de melhorar a qualificaçãõ profissional dos técnicos, o que foi confirmado pelos técnicos do município. Quando indagada sobre a realizaçãõ de mais exames do que o proposto pela SES/PE, a mesma afirmou que é difícil devido à escassez de recursos e a pouca participaçãõ da GERES e da SES/PE no controle da esquistossomose. Ressaltou, ainda, que seu município foi um dos únicos que cumpriu a meta de exames. Completou dizendo *“a SES/PE deixa de mandar até medicaçãõ para hipertensãõ pulmonar esquistossomótica, que é uma seqüela grave da doençã”*.

Nãõ houve nenhuma açãõ visando o controle da esquistossomose em parceria com outras secretarias. A secretária comentou, inclusive, que *“quando se trata de doençã, tudo fica somente com a saúde”*. Ela própria nãõ costuma se dirigir a outras secretarias para resolver assuntos da saúde. O assunto esquistossomose nunca foi levado para discussãõ no conselho municipal de saúde. A secretária nãõ quis comentar sobre esta questãõ.

#### a) Goiana

Em Goiana, nãõ foi possível a avaliaçãõ porque a secretária de saúde se reservou o direito de nãõ participar da entrevista.

#### 7.2.2.1.2 Atributos do coordenador do PCE

##### a) Escada

A coordenadora do PCE é bióloga e tem pós graduação em saúde pública, que fez pelo Hospital da Aeronáutica (UNAERP). Trabalha com um técnico da FUNASA e reconhece que estes técnicos têm larga experiência com o controle da esquistossomose, o que ajuda no conduzir das atividades diárias. Afirma já ter recebido treinamento em planejamento, quando participou de uma oficina realizada pelo Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR), para a elaboração de um plano de ação para controle da esquistossomose. Estas características favorecem a implantação do PCE em Escada.

Quando questionada se considerava necessária a realização de mais exames do que o aconselhado pela SES/PE, a mesma concorda que sim, uma vez que Escada é um município endêmico com muitas áreas de invasão onde não se conhece a prevalência da doença, mas não pode aumentar a cobertura devido a carência de recursos. Afirmou que Escada cumpriu a meta e procura trabalhar áreas urbanas nunca antes trabalhadas, porém, dá prioridade as áreas onde a prevalência é reconhecidamente alta. Percebe-se a tendência de manter as atividades de controle existentes e pré-acordadas com a SES/PE, não mostrando inclinação para inovação.

A mesma afirmou ainda que nunca procurou outras secretarias para realizar atividades de controle da esquistossomose nem levou o assunto pra ser discutido no conselho municipal de saúde.

##### b) Goiana

Para a análise do contexto estrutural, levando em conta os atributos do coordenador do PCE quem participou da entrevista foi o gerente da vigilância em saúde. O mesmo é veterinário, não possui pós-graduação em saúde pública ou

áreas afins, mas possui experiência prévia com controle da esquistossomose. Já trabalhou com técnicos da FUNASA e tem opinião formada sobre os trabalhos desta instituição:

Eu acho que devemos dar a mão à palmatória no que diz respeito à técnica, pois isso eles têm de sobra, porém, é preciso quebrar os paradigmas impostos pela FUNASA, pois eles têm uma visão muito operacional, não conseguem planejar as ações incluindo outras atividades além de entregar e coletar potes, não se preocupam com educação em saúde, enfim, eles não sabem que o programa inovou. No tratamento, por exemplo, eles não acreditam que precisam de um médico pois o tratamento, antigamente, era feito pelos próprios 'guardas' não dão o devido respeito aos usuários, querem forçar as pessoas a tomarem o medicamento a todo custo e abordam as pessoas de forma brusca. (informação verbal)\*

Estas características, observadas no coordenador, parecem influenciar positivamente o funcionamento do PCE em Goiana.

O gerente afirmou nunca ter recebido treinamento sobre gerência do PCE da SES/PE, GERES ou instituições de pesquisa. Ele disse que *“a GERES ou SES só fazem treinamento quando são solicitados e, quando o fazem, são treinamentos técnicos, tipo, de laboratorista, digitador, não há atualizações sobre o funcionamento do PCE ou assuntos mais gerais, abordando, por exemplo, a gestão do PCE”*. Este fato não favorece a implantação do PCE.

Em relação à atenção prestada à inovação, afirmou que para se conseguir controlar essa endemia em Goiana, seria necessário realizar pelo menos uns 15.000 exames por ano na população rural, que é a mais exposta. A pedido do próprio gerente, a meta para Goiana foi aumentada de 3.000 para 5.000 exames.

O gerente também se preocupa em trabalhar áreas novas, pois, *“nunca se sabe como pode estar a situação da doença nestas áreas”*. Por iniciativa própria, foi inserida uma nova localidade no Sistema de Informações Sobre Localidades (SISLOC), nunca antes trabalhada porque não estava cadastrada no sistema. Assegurou também que a secretária sempre investe na formação deles. Refere que é difícil a comunicação do setor de vigilância com o departamento de atenção básica, pois a vigilância realiza suas atividades independentemente da atenção básica. Os médicos se recusam a tratar os doentes no PSF, pois *“a idéia que é formada na cabeça do pessoal da atenção básica é que o controle da esquistossomose é obrigação da vigilância”*. Estes fatores não favorecem à implantação do PCE. O assunto esquistossomose já foi levado ao conselho de

\* Fala do Gerente da Vigilância a saúde de Goiana.

saúde, mas somente com relação à questão da recusa médica em tratar os pacientes no PSF. Estas características parecem favorecer a implantação do PCE em Goiana.

#### *7.2.2.2 Atributos organizacionais*

##### 7.2.2.2.1 Centralização

###### a) Escada

Quanto às decisões verticais que afetam diretamente o controle da esquistossomose, perguntou-se à coordenadora como se dão as tomadas de decisão. Respondeu que, em se tratando de decisões técnicas simples como áreas a serem trabalhadas, não precisa receber o aval da secretária, pois ela está preocupada principalmente em atingir a meta. Porém, todas as decisões que envolvem aumento de gastos devem chegar ao conhecimento da secretária. A coordenadora afirmou que apesar de serem chamados para discutir o assunto, a maioria das decisões acaba tendo que receber o aval da secretária, o que impede a realização de algumas atividades. O planejamento das ações de controle da esquistossomose neste município é feito pela coordenadora, com eventual participação dos ASA. A participação da coordenadora na elaboração do Plano Municipal de Saúde se resume a disponibilizar os dados do ano anterior e informar quais as localidades serão trabalhadas no ano corrente. Estes fatos mostram que o planejamento das ações em Escada está intimamente associado ao cumprimento da meta proposta pela SES/PE.

###### b) Goiana

O gerente da vigilância afirmou que a secretária de saúde costuma ter muita confiança nos técnicos e, por isso, deixa a maioria das decisões que envolvem o PCE a cargo destes. Outro fator que contribui para que a secretária não interfira

nas decisões dos técnicos é a sua inexperiência no assunto, e mesmo nas decisões que envolvem custos ela costuma aceitar o que os técnicos propõem. Esta característica corrobora para que o PCE funcione adequadamente. Quanto à construção do PMS, os técnicos só são consultados para fornecer informações sobre localidades trabalhadas e número de exames realizados. O gerente informou que quem constrói o Plano é uma empresa contratada pelo município. Este fato influi negativamente no funcionamento do PCE.

#### 7.2.2.2.2 Formalização

##### a) Escada

Diante da inexistência de um organograma da coordenação do PCE, verificou-se que não existe um mínimo grau de formalização para a organização e realização das ações de controle dentro de um mínimo padrão de qualidade. O plano municipal de saúde não contempla as ações recomendadas pelo Guia de Diretrizes técnicas do Ministério da Saúde. Dentro do seu perfil epidemiológico, reconheceu a esquistossomose como sendo uma das principais doenças endêmicas, junto com leishmaniose tegumentar americana e dengue. A única meta proposta no plano, em relação ao controle da doença, foi a redução do número de casos em 50% até 2009. Não citou nenhuma ação que estivesse de acordo com as normas propostas pelo Guia, não previu financiamento para as ações, nem capacitações para recursos humanos. Em relação ao organograma da secretaria de saúde, verificou-se que não existe alusão à coordenação do PCE, só há uma “caixa” reservada para a gerência de vigilância em saúde e outra, derivada desta, contemplando a coordenação das ações de endemias. O plano municipal também não contempla nenhuma ação além daquelas propostas pelo Guia, que fossem mais adequadas à realidade do município.

b) Goiana

Neste município, não foi possível avaliar quais ações de controle da esquistossomose foram contempladas no PMS porque não foi dado acesso a tal Plano. A elaboração do plano é integralmente feita por uma empresa de consultoria. O organograma da Secretaria de Saúde não contempla uma coordenação específica para a esquistossomose, mas o gerente afirmou que o mesmo estava sendo reformulado. Procurando-se saber se já foram realizadas atividades além das propostas pelo Guia e que se apliquem melhor à realidade de Goiana, o gerente afirmou que não sabe de nenhuma, e que geralmente se detém ao que está proposto. Estes aspectos mencionados não favorecem à implantação do PCE.

7.2.2.2.3 Cultura de planejamento, monitoramento e avaliação

a) Escada

Não há, no plano municipal de saúde, o planejamento de ações de acordo com o guia de diretrizes técnicas ou com as necessidades do município. A coordenadora disse que, para “monitorar” e avaliar as ações faz relatórios *anuais*, mostrando se cumpriu a meta ou não e porque não cumpriu, quando for ao caso. Não utiliza o SISPCE como ferramenta para monitoramento.

b) Goiana

O gerente relatou que não costuma monitorar nem avaliar as ações de controle da esquistossomose. Eles apenas procuram cumprir a meta. Também não utiliza o SISPCE como ferramenta para monitoramento.

#### 7.2.2.2.4 Especialização

##### a) Escada

Em relação ao treinamento de profissionais no componente estrutura, apenas 40% eram treinados em suas funções específicas. Um fato importante é que nenhum dos profissionais da atenção básica era treinado para diagnóstico e tratamento da esquistossomose. Apenas os ASA, a coordenadora, o laboratorista e o digitador foram treinados pela SES/PE, GERES ou instituições de pesquisa. Os ASA realizam outras tarefas que não apenas as de sua competência, que é a entrega e recepção de potes com amostras fecais. Também preparam e lêem lâminas. Os demais profissionais só fazem o que lhe compete.

##### b) Goiana

Em Goiana, apenas 20% dos profissionais eram treinados em suas funções específicas. Os profissionais da atenção básica apareceram como não treinados, nem nas suas funções específicas, nem sobre o funcionamento do PCE.

#### 7.2.2.2.5 Tamanho

##### a) Escada

Este município realiza as ações de controle da esquistossomose com sua equipe própria não sendo necessário solicitar ajuda à GERES ou à SES/PE para cumprir a meta proposta. Este fato favorece a implantação do PCE. Porém, em relação à compra de materiais, o município ainda depende da GERES. O GI da dimensão estrutura foi classificado como *insatisfatório*.

## b) Goiana

Goiana realiza as ações do PCE, com seus próprios técnicos, mas depende da GERES para aquisição dos materiais. Devido à falta de potes para coleta das amostras, os técnicos utilizam caixas de filmes fotográficos. Percebe-se a falta de autonomia financeira para as ações de controle da esquistossomose. O GI da dimensão estrutura foi classificado como *insatisfatório*.

### 7.2.3 A influência do contexto no GI do PCE

#### *7.2.3.1 Influência do contexto político*

O quadro 18 mostra os subcomponentes do contexto político e sua possível influência no GI do PCE nos municípios. Observa-se que a análise da dimensão política mostrou certa analogia entre o contexto político e o GI do PCE nos municípios.

Nos atores avaliados em Escada, perceberam-se mais discursos negativos, o que está relacionado com a classificação do GI do PCE em não-implantado. Em Goiana observaram-se mais falas positivas do que negativas, o que se relaciona com a classificação do GI do PCE em parcialmente implantado, um grau acima do observado em Escada. Pode-se observar, no quadro, que a análise da dimensão política mostrou certa analogia entre o contexto político e o GI do PCE nos municípios.

#### *7.2.3.2 Influência do contexto estrutural*

O quadro comparativo 19 contém os subcomponentes considerados no contexto estrutural e sua possível influência no GI do PCE nos municípios.

Da mesma forma que no contexto político, pôde-se observar analogia entre o contexto estrutural e o GI do PCE nos municípios. Em Escada, existem mais características negativas nos atores e na organização, o que determinou que o GI do PCE fosse classificado como não-implantado.

Já em Goiana, observam-se mais características positivas do que negativas nos atores e na organização. Isso fez com que o GI do PCE em Goiana fosse classificado como parcialmente implantado, um grau acima do observado em Escada.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CRITÉRIOS	INFLUÊNCIA DO ASA		INFLUÊNCIA DO COORDENADOR		GI ESCADA	GI GOIANA
			ESCADA	GOIANA	ESCADA	GOIANA		
CONTEXTO POLÍTICO	Suporte dado pelos gestores à implantação da intervenção	Existência de ações realizadas dentro da governabilidade	POS	POS	POS	POS	52,85 (NÃO IMPLANTADO)	63,65 (PARCIALMENTE IMPLANTADO)
	Exercício, pelos gestores, de controle suficiente na organização	Conhecimento sobre o funcionamento do PCE	NEG	NEG	POS	POS		
		Conhecimento dos indicadores básicos do PCE	NEG	NEG	NEG	POS		
		Planejamento adequado, baseado em diagnóstico epidemiológico	NEG	NEG	NEG	NEG		
		Participação na construção de instrumento de gestão	NEG	NEG	NEG	NEG		
		Planejamento junto com equipes PACS/PSF	NEG	NEG	NEG	NEG		
	Coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que o gestor dá à intervenção e os objetivos que ali estão associados	- Consideração de que a esquistossomose é sempre uma prioridade no município,	NEG	NEG	NEG	POS		

Quadro 18. Influência do contexto político no Grau de Implantação das ações do PCE nos municípios de Escada e Goiana. Goiana e Escada, 2009.

Nota: GI: Não Implantado ■; Parcialmente Implantado ■; Implantado ■

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	PARÂMETROS	ESCADA	GOIANA	GI ESCADA	GI GOIANA	
CONTEXTO ESTRUTURAL	Atributos do gestor	Coordenador tem formação superior	POS	POS	52,85 (NÃO IMPLANTADO)	63,65 PARCIALMENTE IMPLANTADO)	
		Tem pós-graduação/ treinamento, etc. em planejamento e gestão	POS	NEG			
		Já recebeu treinamento sobre o PCE	POS	NEG			
		Acha que a meta de exames proposta pela SES é insuficiente e acredita que deveriam ser feitos mais exames	NEG	POS			
		Procura sempre trabalhar localidades novas	NEG	POS			
		Orientação cosmopolita ou local	Já buscou outras secretarias para realizar ações de controle da esquistossomose	NEG			NEG
		Já discutiu o assunto no CMS	NEG	POS			
	Atributos da organização	Centralização	Tomada de decisão descentralizada da autoridade do secretário	NEG			POS
			Planejamento participativo das ações de controle	NEG			NEG
		Formalização do comportamento	O Plano municipal de saúde contempla, pelo menos, cinco dos componentes do PCE propostos no guia (FUNASA)	NEG			NSA
			Existe de organograma contemplando coordenação do PCE	NEG			NEG
			Já foram realizadas ações de controle da esquistossomose além daquelas previstas no guia, e que, na opinião do coordenador, <i>se aplicam melhor à realidade do município</i>	NEG			NEG
		Cultura de planejamento, monitoramento e avaliação	Controle da esquistossomose contemplado no plano municipal de saúde/ relatórios de gestão e contempla pelo menos cinco componentes do PCE	NEG			NEG
			Há um monitoramento e avaliação das ações de controle	NEG			NEG
		Tamanho (autonomia técnico-gerencial e financeira)	O município é integralmente responsável por adquirir os insumos necessários para realização de atividades de controle da esquistossomose	NEG			NEG
			A estrutura de RH e Recursos materiais do município favorece o funcionamento do programa (GI da estrutura superior a 65 pontos)	NEG			NEG
			O município realiza integralmente as ações de controle propostas pela SES/PE, com técnicos e tecnologias próprias.	POS			POS
		Nível de Especialização	Percentual de profissionais treinados em suas funções específicas	NEG			NEG

Quadro 19. Influência do contexto estrutural no Grau de Implantação das ações do PCE nos municípios de Escada e Goiana. Goiana e Escada, 2009.

Fonte: Louisiana Quinino.

Nota: GI: Não Implantado ■ ; Parcialmente Implantado ■ ; Implantado ■

## 8 DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa indicam que, além dos fatores de ordem biológica, social e cultural, a transmissão da Esquistossomose em Pernambuco também está condicionada às falhas operacionais e metodológicas, relacionadas às ações do programa de controle desta endemia. A avaliação conjunta desses fatores contribuiu para compreender os atuais níveis endêmicos e/ou focais da doença nesse estado.

O programa oficial de controle da esquistossomose tem suas ações normatizadas pelas diretrizes do SUS cujas atividades deveriam ser norteadas pelos princípios de *descentralização*, *integralidade* e *participação popular*. Essas diretrizes foram pensadas e elaboradas visando a integração das atividades de controle da esquistossomose com a rede assistencial contratada e conveniada do SUS e com as atividades desenvolvidas pelo PACS/PSF.

Na discussão deste trabalho será questionada a forma de operacionalização do PCE nas instâncias municipais, em relação à estrutura existente e aos processos locais que induzem a realização das atividades do programa. A pesquisa avaliativa foi desenhada para conhecer a influência do contexto político e estrutural dos municípios de Escada e Goiana na implantação do PCE a partir do referencial teórico desenvolvido por Denis e Champanhe (1997).

O componente Recursos Humanos (RH) mostrou que Goiana atingiu 85,7% = RH *implantado* e Escada 64,3% = RH *parcialmente implantado*. Os profissionais que não existiam em nenhum município eram aqueles destinados à educação em saúde e mobilização social.

O único profissional que não existia nem em Goiana, nem em Escada, foi aquele destinado à realização de atividades de Educação em saúde e mobilização social. Muito embora educação em saúde também possa e deva ser realizadas com os usuários pelos próprios profissionais que trabalham no programa, de nada adiantará se estes não estiverem capacitados para atuar sobre o conhecimento das pessoas (BRASIL, 2007; 2009a; 2009e). Em relação ao profissional de nível superior, verifica-se que a produção de conhecimento nas universidades e a formação profissional são historicamente balizadas pela especialização e pela

fragmentação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), o que pode dificultar a chegada da informação àqueles mais interessados ou necessitados.

Desta forma, muitos profissionais acreditam que realizar educação em saúde resume-se a fazer palestras com determinado grupo, abordando aspectos isolados da doença em questão. Pode-se citar como exemplo o repassar informações focalizadas apenas no desenvolvimento de comportamentos ou hábitos saudáveis para “evitar” isto ou aquilo quando, na verdade, educação em saúde deve ser um instrumento de ação do trabalhador. Isto significa dizer que o trabalho educativo deverá ser dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam *juízo crítico* e *capacidade de intervenção* sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, serem capazes de criar condições para se apropriarem de sua própria existência.

Na verdade, segundo Flores (2007), esta é uma das concepções mais generalizadas sobre educação em saúde: é aquela cujas atividades se desenvolvem mediante situações rituais de ensino-aprendizagem, que funcionam agregadas aos serviços de saúde com o objetivo, muitas vezes, de cumprir protocolos (atrelados a uma produção que é exigida), onde o profissional de saúde funciona como *educador* e o usuário do serviço como *educando*, numa atitude muito mais passiva do que ativa, estabelecendo um diálogo fictício entre aqueles que sabem e aqueles que desconhecem. Trata-se de uma herança do método cartesiano, que domina as práticas de saúde e educativas (GAZINELLI, 2005). Estas ações tendem a ser desenvolvidas sem considerar as situações de risco de cada comunidade e sem levar em conta o conjunto das ações de saúde desencadeadas nesse sentido, (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Geralmente, as ações de saúde realizadas nesse sentido não questionam os resultados em termos individuais e coletivos nem estabelecem vínculos entre os problemas de saúde de grupos sociais específicos com as suas condições reais de vida (FLORES, 2007).

Este conceito, como visto, esbarra na formação profissional, que não prepara os profissionais da saúde para lidar com temas complexos e contemporâneos, o que pode fazer com que os objetivos reais da educação em saúde nunca sejam alcançados, principalmente em se tratando de uma doença como a esquistossomose, cujo comportamento intrincado reflete a influência de múltiplos fatores (BARBOSA, 2009), o que torna difícil o seu controle. De fato, o equilíbrio artificialmente conseguido através dos ciclos de diagnóstico e tratamento nas

localidades trabalhadas, representado pela diminuição dos níveis de prevalência, principalmente naquelas regiões com alto potencial de transmissão, é extremamente frágil, e qualquer solução de continuidade do programa pode resultar no rápido aumento da positividade (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

Quanto aos demais profissionais, Goiana possuía todos e em quantidade suficiente para realizar as ações de campo e laboratório contidas na proposta do PCE. Escada não possuía : (1) auxiliar de laboratório, o que influencia na sua capacidade de diagnóstico; (2) motorista à disposição do PCE. Isto é um grande empecilho à realização das atividades de campo do programa, seja a coproscopia ou a malacologia. Se essas atividades tiverem sido planejadas junto à equipe de PACS/PSF e o motorista não está disponível no dia agendado, implicando na não realização da atividade, gera insatisfação dos usuários e conseqüente descrédito, que se traduz em baixas coberturas do programa.

Apesar da boa cobertura de profissionais em Goiana e em Escada, poucos deles eram habilitados em suas funções específicas. Não foi encontrado nenhum profissional habilitado para as atividades de Educação em Saúde. Esta é uma falha grave pois, além dos motivos já expostos, há que se considerar que programas educativos podem gerar informações para motivar a mobilização social e a adesão voluntária da população aos programas de saúde. A morbidade devida à esquistossomose poderia ser minimizada se as práticas de risco fossem trabalhadas no momento em que a comunidade percebesse a doença como um sério agravo à sua saúde. Os profissionais entrevistados percebiam Educação em Saúde como uma atividade adicional, atrelada à produção que lhes é exigida, onde eles são os *educadores* e os usuários do serviço são os *educandos* passivos. Não avaliam os resultados coletivos nem estabelecem vínculos entre os problemas de saúde e as condições de vida da comunidade onde atuam. Esta concepção, comum aos dois municípios, é mais um componente que contribui para a manutenção dos níveis endêmicos da esquistossomose uma vez que as ações convencionais para o controle da doença, quando isoladas, têm capacidade de resolução restrita.

Pode-se observar que dentre os poucos profissionais treinados em Escada e em Goiana, nenhum pertencia às equipes de PACS/PSF o que indica que eles não foram treinados para suas funções específicas (diagnóstico e tratamento), nem receberam informações sobre o funcionamento do PCE. Este fato favorece a

desagregação das atividades da vigilância com as atividades do PACS/PSF, em desacordo com o que preconiza a portaria nº 1.399 :

Art. 22: incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle de doenças às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde PACS e Programa de Saúde da Família – PSF (BRASIL, 2008b).

Essa desagregação atenção/ vigilância parece ser um ponto crucial nos serviços. Trabalho realizado por Omotto, Santinni e Esteves (2009), que analisou a implementação do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) no Paraná, verificou que 5,6% dos ASA entrevistados relataram que uma das dificuldades do seu trabalho é a comunicação com o PACS/PSF. Chiaravalloti Neto et al. (2007) também detectaram, no discurso dos ASA, em um trabalho que avaliou o PNCD em São Paulo, vários descompassos entre as atribuições, desempenho de tarefas, falta de reconhecimento do trabalho, disparidade entre os salários e diferenciação no treinamento. Outra pesquisa, Realizada por Meneses (2005), que avaliou o sistema de vigilância epidemiológica da esquistossomose na Bahia, também verificou a falta de entrosamento entre as equipes de vigilância e atenção.

Pode-se observar que são oferecidos poucos treinamentos enfatizando a gestão do PCE. Os treinamentos, quando ocorrem, abordam apenas técnicas particulares e são desfragmentados. Por exemplo, o digitador é capacitado apenas para inserir dados do formulário PCE 101 no SISPCE, o laboratorista aprende somente a preparar e ler lâminas (ou apenas um dos dois). Não há, portanto, um treinamento integral sobre o funcionamento do programa, ressaltando qual a importância da sua atividade inserida no contexto de ação do PCE. Em trabalho realizado por Menezes (2005) também foi observada a deficiência de treinamento de profissionais para o controle da esquistossomose. Pode-se concluir, com o acima exposto, que a deficiência de treinamento dos profissionais que atuam no controle da esquistossomose contribui para que as atividades de controle ocorram de forma desintegrada.

O componente *Recursos Materiais* permitiu avaliar a organização administrativa e os recursos disponíveis para a cobertura dos serviços prestados pelo programa. Quanto à estrutura de recursos materiais, Goiana pontuou 51,1%, estando *parcialmente implantado* e Escada pontuou 46,6% estando *não implantado*. A falta de material para coproscopia (potes coletores, etiquetas e kit diagnóstico

Kato-Katz), nos dois municípios, inviabiliza o diagnóstico parasitológico e o conhecimento dos níveis de prevalência necessários para o acompanhamento da evolução da doença. Nenhum dos municípios possuía mapa contendo percentuais de positividade das localidades trabalhadas ou croquis com as coleções hídricas, instrumentos essenciais para avaliação e planejamento das ações de controle, pois são indicadores das áreas mais atingidas. Os municípios contavam com laboratório próprio para as análises clínicas evitando a burocracia de enviar as amostras coletadas para os laboratórios centrais.

Também não havia, em ambos os municípios, Praziquantel® para tratamento de doentes. Esta medicação precisa existir nos municípios e estar disponível para atender tanto à demanda gerada pelo PCE, quanto para atender aos pacientes que surgem via demanda espontânea. Este fato também contribui para o descrédito por parte dos usuários, que esbarram na falta de medicamentos quanto estão ansiosos pelo tratamento (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998). Sabendo que esta medicação é fornecida pelo Ministério da Saúde, pois se trata de um medicamento de um programa estratégico (BRASIL, 2009c) e encontra-se disponível em todas as GERES, o município só precisa se organizar e solicitar os medicamentos antecipadamente, evitando sua falta.

Pôde-se ver, com os resultados, certa ingerência do PCE no que diz respeito à compra de materiais de laboratório, pois a aquisição destes materiais deve ser uma atividade planejada desde o início de cada ano, com previsão de compra pela gestão, uma vez que esta atividade é pactuada com a SES/PE, mediante a PAVS (BRASIL, 2008c) e já deveria estar imbuída na rotina dos municípios endêmicos. Some-se a isso o fato de a compra destes materiais não ser onerosa. Colocando-se na balança do custo-benefício, pode-se facilmente chegar à conclusão de que é muito mais vantajoso impedir que outras pessoas se contaminem com a doença e que os doentes evoluam para formas graves.

Nenhum dos municípios possuía material para realização do controle do molusco vetor da esquistossomose, o que revelou que esta atividade não está incorporada à rotina dos serviços. Mesmo cientes que o M.S. preconiza o controle dos moluscos em localidades com mais de 25% de prevalência essa recomendação é negligenciada e nenhum dos técnicos demonstrou interesse em implantá-la. Este fato mostra a visão não integral do controle da esquistossomose.

O fato dos municípios terem demonstrado que utilizam o SISPCE para digitar os resultados das ações realizadas é de suma importância porque o repasse de recursos do TFVS depende das informações enviadas para os níveis centrais.

O GI insatisfatório da dimensão estrutura detectado nos municípios avaliados constitui-se num impasse para a realização das atividades de controle da esquistossomose em Pernambuco, sendo necessário maior investimento por parte dos gestores municipais no intuito de superar grande parte dos problemas identificados.

Na análise do processo ficou evidenciado que os técnicos responsáveis pela gerência do PCE desconheciam o componente delimitação epidemiológica. A realização desta atividade deve ser a primeira observada em um município endêmico para esquistossomose, estando indicada com o objetivo de conceder maior racionalidade ao trabalho, uma vez que permite um diagnóstico da situação da doença no município. Some-se a isto o fato de que a última delimitação epidemiológica foi realizada na década de 70, na vigência do PECE (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

Esta atividade consiste, inicialmente, em se fazer um levantamento do percentual de positividade da esquistossomose por localidade, utilizando-se, para isto, inquéritos coproscópicos por amostragem, utilizando métodos estatísticos que confirmam representatividade à amostra (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998; PIERI, 2008; QUININO; BARBOSA, 2008). Estas amostras podem ser retiradas da população como um todo ou podem ser voltadas para grupos de risco, como escolares de 7 a 14 anos e seus resultados são extremamente efetivos, pois produzem um diagnóstico epidemiológico da esquistossomose no momento em que fornecem o percentual de positividade das áreas que compõem o município (PIERI, 2008).

Além desta atividade, fazem parte da delimitação epidemiológica o levantamento de informações sobre dados geográficos (presença de coleções hídricas), distribuição de hospedeiros intermediários, saneamento básico, e outros pertinentes, os quais devem ser comparados aos dados sobre positividade e a distribuição destas informações em mapas. Com todos estes dados reunidos no processo de delimitação, o município pode classificar as áreas de transmissão e, assim, nortear suas ações de controle. De fato, a classificação das áreas é pré-

requisito para o correto estabelecimento de metas e ajuda na adequada implementação das ações de controle (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

Este componente do processo é, portanto, de suma importância para o planejamento das ações de controle, e sua realização esteve altamente prejudicada em ambos os municípios uma vez que os técnicos jamais ouviram falar nesta atividade. Este fato pôde ser confirmado pela observação de que, no componente estrutura, não havia mapas nem croquis com informações sobre a distribuição da doença e fatores relacionados, nem tampouco com a classificação das áreas.

Sabendo-se que o planejamento é uma prática que permite determinar aonde se quer chegar e tomar as decisões pertinentes que, acredita-se, levará ao ponto desejado (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998), a não realização desta atividade compromete todo o percurso das ações de controle da esquistossomose na instância municipal, uma vez que os coordenadores ficam impossibilitados de equalizar as ações às áreas com potencial de transmissão diferenciadas. O planejamento de ações voltadas para as necessidades locais, portanto, não pode acontecer. Os critérios adotados pelos municípios investigados eram baseados em informações empíricas, comprometendo o processo de escolha das áreas para intervenção. Como resultado, o ciclo de transmissão da doença nesses municípios será restabelecido dentro de pouco tempo e os níveis de prevalência serão mantidos.

Observando-se o processo de escolha das áreas em ambos os municípios, viu-se que o mesmo fica prejudicado pelo fato de os mesmos não terem realizado a delimitação epidemiológica. Além disso, os técnicos tendem a ficar acomodados ao cumprimento da meta pactuada junto à SES, o que pode implicar em que este planejamento não seja inteiramente adequado às necessidades locais. Sendo assim, fica a expectativa de que nem todas as pessoas que residem em áreas de risco farão parte dos inquéritos. Além disso, em ambos os municípios, as áreas trabalhadas não o foram novamente dentro de dois anos. Sabendo-se que o tempo limite para que as pessoas que se trataram de esquistossomose adoeçam novamente é de dois anos (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998), como este fato não foi observado, o resultado é que o ciclo de transmissão da doença será, fatalmente, restabelecido dentro de pouco tempo e os níveis de prevalência serão mantidos.

Um fato importante a se observar é que Escada só trabalha áreas urbanas quando o acesso às áreas rurais fica difícil por conta do período chuvoso, somente para não parar o programa e para cumprir a meta. O próprio discurso da coordenadora mostra que não considera o fato de o perfil epidemiológico da esquistossomose estar mudando e, neste contexto, a capacidade de a vigilância evitar o estabelecimento de novas áreas de transmissão fica prejudicado.

Já os técnicos de Goiana observam a necessidade de trabalhar zonas urbanas, considerando o potencial de transmissão destas áreas com saneamento básico precário. Isso é um avanço no sentido de que é possível, em Goiana, prever e evitar o estabelecimento de focos urbanos.

Ambos os municípios referiram utilizar técnicas para melhorar a adesão da população ao PCE com conseqüente diminuição da perda de potes. De fato, esta técnica pareceu dar resultados em Goiana, que recolhe, em média, 86% dos potes. Já em Escada, recolhe-se apenas 76,2%, o que indica que técnicas adicionais devem ser usadas.

A avaliação do cumprimento da meta proposta pela SES/PE, mediante a PAVS, foi considerada neste trabalho partindo-se do princípio de que a PAVS é um instrumento de planejamento para as gestões municipal, estadual e nacional e que o número estipulado é o mínimo de exames que o município deve fazer para conseguir interromper o ciclo de transmissão nas áreas escolhidas. Porém, algumas ressalvas devem ser feitas, pois não estão claros os critérios utilizados pela SES/PE para a definição do número de exames por município. Não há, por exemplo, um documento elaborado pela SES/PE ou por outra instância que aponte os critérios de escolha, o que leva a crer que a mesma se faz de forma arbitrária. Feitas as devidas ressalvas, viu-se que Goiana cumpriu a meta para o ano de 2008, mas Escada não cumpriu.

Ambos os municípios já realizaram exames em toda a população rural desde a implantação do PCE. Este fato é importante uma vez que áreas rurais são conhecidamente endêmicas. Porém, ao mesmo tempo, observou-se que o intervalo de tempo entre dois inquéritos numa mesma área não esteve dentro dos dois anos, o que acaba por contribuir para o restabelecimento do ciclo de transmissão (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998). Além disso, as coberturas populacionais médias anuais foram muito baixas, o que implica em que grande parte

da população exposta não participou dos inquéritos e, portanto, permanece sob risco de adoecer.

Observando-se as coberturas de tratamento em ambos os municípios, viu-se que, mesmo que Goiana tenha obtido boas coberturas, o tratamento não é feito pela equipe de PACS/PSF da área trabalhada, mas sim por uma médica que se disponibiliza para este fim. A difícil comunicação entre atenção básica e vigilância foi, mais uma vez, relatada, agora no discurso do coordenador do PCE de Goiana. A cobertura insatisfatória em Escada pode também refletir a deficiência na comunicação com equipes de PACS/PSF.

No geral, pode-se afirmar que, em relação ao controle da esquistossomose, os técnicos dos municípios tenderam a se ater às metas pactuadas. O fato de terem cumprido a meta e de terem alimentado o SISPCE anualmente, evitando, assim, o corte de recursos, pareceu ser suficiente em relação a ações de controle. Isto pôde ser confirmado no momento em que se observou, nesta pesquisa, o planejamento precário das ações (que embora tenha sido realizado de forma participativa entre coordenadores e ASA, resumiu-se à escolha das áreas a serem trabalhadas e não incluiu equipes de PACS/PSF) atrelado, por exemplo, a não realização de ações de saneamento, ou de controle do molusco vetor. De fato, trabalho realizado por Farias et al. (2007), que avaliou as ações de controle da esquistossomose em Estados da Bahia, Sergipe, Alagoas e Pernambuco, constatou que o MS, os estados e os municípios não têm conseguido desenvolver políticas específicas e harmonizadas com as demais ações de controle dessa helmintíase.

Observou-se, também, a realização desarmônica das ações de controle, principalmente no município de Escada. Primeiramente, nenhum dos municípios realizou delimitação epidemiológica, comprometendo, assim todos os passos seguintes das ações de controle. Outra ocorrência observada é que, ao mesmo tempo em que ambos os municípios realizaram exames em boa parte da população rural, como foi observado neste trabalho, não o fizeram novamente dentro de dois anos, ou, como em Escada, não se tratou adequadamente a população que participou dos inquéritos, pois a cobertura foi de 77,5%.

Outro exemplo é que, mesmo que Escada tenha entregado potes suficientes para cobrir população de determinada área, não recolheu os 80% mínimos recomendados pelo Ministério da Saúde. A realização discordante das atividades de controle da esquistossomose pelos municípios foi observada em trabalho realizado

por Quinino et al. (2009), quando avaliou a realização das ações de rotinas do PCE na Região Metropolitana do Recife.

Em relação à vigilância epidemiológica, que deveria ser realizada nas áreas não endêmicas ou de foco, esta ficou prejudicada em ambos, sobretudo porque não têm a delimitação destas áreas e, depois, porque não investigam os casos graves e óbitos provenientes destas áreas.

A análise do *contexto político* demonstrou a influência da decisão política e da adesão dos gestores no bom funcionamento do programa. Em Goiana, a secretária de saúde se omitiu e foi o gerente da vigilância que colaborou com esta pesquisa demonstrando conhecimento sobre os indicadores e o funcionamento do PCE.

No discurso do gerente da Vigilância em Saúde de Goiana foi possível detectar intenções no sentido de contribuir para a implantação do PCE. Mostrou conhecer bem os indicadores do município e o funcionamento do PCE, solicitando à SES/PE um incremento na cota anual de exames visando aumentar a cobertura. Apesar de comprometido, o gerente não participa da construção dos instrumentos de gestão, nem se reúne com equipes de PACS/PSF para planejar ações. Essa exclusão contribui para que o mesmo realize somente as ações pactuadas com a SES/PE, uma vez que não foi detectado plano de ação elaborado pelo mesmo, baseado em um diagnóstico da situação da doença que viesse a contribuir para a construção de decisões voltadas para a realidade local. Não havendo planejamento, não há também monitoramento e avaliação das ações.

Em Escada, a secretária de saúde expressou boas intenções em dar suporte ao PCE, mas ao se verificar se ela exerce controle na organização para a eficácia da intervenção, viu-se que a mesma tem pouco interesse pelo planejamento de ações em desconhece a gravidade da doença. Quanto aos motivos pelos quais a secretária apóia a realização da intervenção, pode-se dizer que ela preocupa-se mais com o cumprimento da meta do que com o verdadeiro objetivo pelo qual o PCE deva estar implantado em seu município, que é a redução dos níveis de prevalência.

A coordenadora do PCE em Escada conhece o programa, porém, não conhece os principais indicadores do seu município, não participa da construção de instrumentos de gestão nem tampouco realiza planejamento junto com as equipes de PACS/PSF. Tudo isso implica na realização apenas das atividades pactuadas junto à SES/PE, não podendo ser observada a visão globalizada que a

esquistossomose exige de um coordenador, responsável pela execução das ações de controle.

Do mesmo modo, os agentes de endemias dos municípios pesquisados não conhecem suficientemente a doença nem a integralidade do programa. Deste modo, se os gestores e coordenadores não exercem o controle da organização e não aderem à proposta do PCE é pouco provável o avanço na operacionalização do programa por parte dos agentes. Não se pode ponderar que apenas o uso de critérios ambientais e epidemiológicos para escolha de áreas a serem trabalhadas possa ser considerado um processo de planejamento ativo realizado pelos agentes de implantação do PCE nas instâncias municipais. Sendo o planejamento uma ferramenta de gestão que precede e preside a ação e se o mesmo não ocorre nos municípios avaliados é preciso repensar o processo vigente, de atitudes e planejamento vertical nomeado como *pactuação*. O que vem acontecendo nestes municípios de Pernambuco é reflexo das relações intergovernamentais na formulação e implementação das políticas e programas de saúde, onde ainda predomina a atitude centralizadora com recursos transferidos mediante a adesão a determinadas políticas, sem que os gestores e técnicos se apropriem da ideologia e das propostas (ARRETCHE, 2005). Esse contexto político favorece a acomodação dos técnicos, que, por não serem estimulados e envolvidos, se limitam ao cumprimento das metas ao invés de planejar ações coerentes, voltadas para o âmbito local. Para confirmar esta afirmação, Silva (1996) ressalta que a forma como se dão as transferências determina o grau de liberdade que os níveis locais têm para operacionalizar as ações. Collins (2000) refere que o fato de existir limitações quanto à incorporação do planejamento pelas instâncias municipais se deve a complexidade institucional da conformação do SUS, composto por três esferas de governo que são autônomas e, ao mesmo tempo, interdependentes.

Considerando que a descentralização é a transferência de poder do nível nacional para instâncias municipais - para planejar e executar - este estudo constatou sérias limitações relacionadas ao planejamento e às ações de controle que possivelmente estão interferindo na manutenção das taxas de prevalências da esquistossomose no estado de Pernambuco. Encontrou-se uma administração verticalizada, individualizada e desintegrada, com ações limitadas a objetivos bem definidos, deixando clara a vinculação institucional à antiga FUNASA onde as ações eram voltadas ao controle do agravo sem a compreensão dos seus determinantes.

Pode-se deduzir que, em detrimento de todo o aparato legal do SUS que vêm criando condições para viabilizar a descentralização política das ações de controle da esquistossomose, o que está ocorrendo de fato é uma descentralização administrativa.

A análise do contexto estrutural mostra que, em Escada, o fato de a Secretária de saúde de Escada nunca ter recebido treinamento sobre o funcionamento do PCE é um entrave à implantação das ações, já que ela não pode ter domínio sobre o que não conhece. Isso favorece para que a mesma se atenha ao cumprimento da meta. Esta observação mostra que ela não tende a inovar nem tem uma visão integral do problema em seu município. Sua orientação também é local, no momento em que não há integração com outras secretarias nem com o CMS. A coordenadora do PCE em Escada possui um perfil profissional que deveria favorecer a implantação das ações, mas não mostra intenções de planejamento visando adequar as normas à realidade do município, já que também se limitou ao cumprimento da meta proposta pela SES/PE.

Em Goiana, o gerente da vigilância mostrou sua intenção de não se ater somente à meta proposta pela SES/PE, querendo ampliar as ações para localidades nunca trabalhadas, e levando suas intenções para discutir no CMS. Porém, não soube dizer em que se baseou para chegar ao número de exames proposto por ele, pois não realiza planejamento de ações.

Todos estes fatos mostram que, mesmo que os gestores possuam alguns atributos favoráveis à implantação do PCE, estes não são suficientes, visto que o controle de uma enfermidade complexa como a esquistossomose exige atitudes que superem a realização de medidas específicas e se configurem em ações globais que favoreçam as necessidades locais.

Em relação aos atributos organizacionais, observou-se que o planejamento participativo não ocorre. De acordo com Habermas (2000), o tipo de planejamento adotado pelo grupo revela a racionalidade que os mesmos imprimem às suas ações. Ele afirma que o ato de planejar de forma desintegrada considerando o outro como um objeto e desarticulada da conjuntura em que o objeto está inserido revela um comportamento estritamente instrumental. O planejamento deveria ser comunicativo, através do estabelecimento de um diálogo com o outro para compartilhar uma interpretação sobre a situação e construir consensualmente um propósito comum.

O conceito acima corrobora com os achados dessa pesquisa na qual o programa apresentou uma administração verticalizada, individualizada e desintegrada, com ações limitadas a objetivos bem definidos, sem espaço para a articulação com outros serviços.

Quanto à formalização do comportamento, viu-se que o PMS de Escada não contempla as ações propostas pelo Guia e em ambos os municípios os técnicos não têm acesso à sua preparação, contribuindo para a elaboração do plano fora do proposto pelas normas com conseqüente não adequação à realidade local. No organograma das secretarias não se encontra o espaço da coordenação do PCE o que permitiria aos componentes saber exatamente quais suas responsabilidades, suas funções e a quem devem se reportar. Sem a possibilidade de enxergar estas relações funcionais, se perdem os fluxos de autoridade e responsabilidade e as funções organizacionais do PCE.

Como conseqüência da falta de planejamento não foi possível se evidenciar o monitoramento e avaliação das ações. Villasbôas (2008) e Arretche (2005) concordam que a ausência de práticas estruturadas de planejamento concorre para que não haja ações de programação, monitoramento e avaliação das ações. Nessa pesquisa, nenhum dos técnicos referiu consultar o SISPCE para monitoramento das ações. Apesar do sistema não traduzir os dados em indicadores epidemiológicos, contribui com dados operacionais, que podem ser usados para verificar o andamento da realização das ações.

Quanto ao atributo tamanho, observa-se que os municípios possuem seus próprios técnicos, porém, não adquirem os materiais necessários para a realização das ações de controle da esquistossomose, sendo ainda dependente da instância federal. Analisando-se a Portaria nº 1172 (BRASIL, 2008d), do MS, vê-se que existe um impasse em relação às funções de cada esfera de governo quanto a compra destes materiais. Ao mesmo tempo em que atribui como competência do Ministério da Saúde a compra dos kits diagnósticos, mostra que o provimento para a realização dos exames laboratoriais é de responsabilidade dos municípios. Sendo assim, faz-se necessária uma pactuação entre as esferas de governo para melhor definir as obrigações de cada instância, evitando interpretações ambíguas.

Pode-se dizer que o contexto influenciou o GI do PCE em ambos os municípios. Em Goiana, o GI foi parcialmente implantado, portanto, um grau acima do GI de Escada, que foi não implantado. Observa-se que o contexto político de

Goiana, sob a perspectiva do coordenador, mostrou mais intenções e movimentos positivos do que o de Escada. Da mesma forma, o contexto estrutural revelou a presença de mais atributos favoráveis à implantação do PCE em Goiana do que em Escada. Estes atributos estiveram relacionados à orientação cosmopolita e inovadora do gerente da vigilância, além da postura mais descentralizada da secretaria de saúde deste município.

Os achados desta pesquisa sugerem a necessidade de uma maior reflexão sobre a filosofia, os propósitos e a participação das instancias gestoras no Programa de Controle da Esquistossomose em alguns municípios do estado de Pernambuco.

## 9 CONCLUSÃO

O presente estudo encontrou um Grau de Implantação insatisfatório para a dimensão estrutura em ambos os municípios. Goiana possuía profissionais em número suficiente para dar andamento ao programa de controle da Esquistossomose, porém somente 20% destes eram capacitados. Escada possuía profissionais em número insuficiente e somente 40% destes eram habilitados. Ambos os municípios possuíam recursos materiais em número insuficiente para atender aos objetivos do programa.

Foi constatado que a Dimensão Processo, em Goiana, obteve um melhor desempenho do que a Dimensão Estrutura. Seu GI foi classificado como satisfatório. Em Escada, tanto o GI da Estrutura quanto do Processo foram classificados como insatisfatórios. A análise desta dimensão evidenciou falhas metodológicas em relação ao controle da esquistossomose. Não havia delimitação epidemiológica das áreas de risco para a doença, o que comprometeu o processo de controle e o planejamento adequado das ações. Além disso, observou-se a realização desarmônica das ações de controle, principalmente no município de Escada no momento em que se detectou que os municípios realizaram exames em boa parte da população rural, mas não o fizeram novamente dentro de dois anos e Escada não tratou adequadamente a população que participou dos inquéritos. Todas as atividades de controle, exceto o tratamento de doentes em Escada, ocorreram sem a participação das equipes de PACS/PSF. Este fato foi evidenciado pela dificuldade, observada em Goiana, de comunicação com a atenção básica e pelas baixas coberturas de tratamento observadas em Escada.

A análise do contexto político permitiu fazer considerações a respeito do processo de descentralização das ações de controle da esquistossomose. O precário procedimento ou a ausência de planejamento, aliado a não comunicação com as equipes de PACS/PSF prejudicou a realização das ações voltadas para as necessidades locais. Em geral, todos os atores, por não conhecerem bem os indicadores do seu município, o funcionamento do PCE, por não serem estimulados a planejarem as ações e por não participarem da construção de instrumentos de gestão, mostraram tendência a continuar realizando as ações de controle da esquistossomose de forma centralizada e desintegrada de outros setores.

A análise do Contexto Estrutural considerando os atributos do coordenador revelou técnicos com perfil profissional que favorece a implantação do PCE, porém, os mesmos não superaram o modo habitual de controlar a esquistossomose, principalmente em Escada, onde se detiveram a realizar as ações atreladas ao cumprimento da meta proposta pela SES/PE. No Contexto Estrutural, considerando os atributos organizacionais, apenas dois indicadores foram favoráveis em Goiana: a realização das atividades com Recursos Humanos próprios e a postura descentralizadora da secretária de saúde. Em Escada verificou-se somente a realização das atividades com recursos humanos próprios.

Este trabalho verificou que o contexto parece influenciar no GI do PCE, já que foram identificados mais intenções, movimentos e atributos favoráveis à realização das ações em Goiana do que em Escada, coincidindo com uma diferença entre os GI dos dois municípios: 52,85 em Escada e 63,65 em Goiana. A análise destas variáveis permitiu compreender alguns aspectos políticos e estruturais que influenciaram na execução das ações de controle da esquistossomose nas instâncias municipais. Entre os principais obstáculos pode-se citar: o pouco conhecimento dos atores sobre o funcionamento do PCE e sobre os indicadores por ele produzidos, o planejamento precário e desintegrado das ações de controle, a pouca prioridade dada à esquistossomose e a estrutura insuficiente.

## 10 RECOMENDAÇÕES

Diante dos resultados apresentados, recomendam-se algumas medidas no sentido de fortalecer o controle da esquistossomose nas instâncias municipais:

1. Realizar de reuniões entre SES/PE e municípios para determinação de quem será a responsabilidade pela compra de materiais para o controle da esquistossomose, já que a lei Nº 1.172 não esclarece este fato;
2. Realizar de capacitações sobre gestão do PCE para coordenadores e gerentes da vigilância em saúde, abordando o funcionamento integral do programa;
3. Realizar de capacitações para médicos e enfermeiros sobre diagnóstico e tratamento de casos e sobre o funcionamento integral do PCE;
4. Realizar de capacitações conjuntas (ASA e ACS) sobre trabalho de campo e sobre o funcionamento integral do PCE;
5. Realizar de oficinas com a presença dos secretários de saúde municipais, enfatizando a epidemiologia da esquistossomose e o funcionamento integral do programa;
6. Realizar de oficinas entre municípios e SES/PE, abordando planejamento de ações de controle da esquistossomose baseado em dados epidemiológicos e ambientais concretos, visando à superação da pactuação baseada somente no cumprimento da meta (número de exames);
7. Estimular o planejamento conjunto de ações entre equipe da vigilância em saúde, equipes de PACS/PSF e outras secretarias (obras, desenvolvimento urbanos, cidades, etc);
8. Estimular que a elaboração do Plano Municipal de Saúde e outros documentos de gestão sejam feitos pelos técnicos que trabalham com o programa, e não por empresas terceirizadas;
9. Estabelecer indicadores para o monitoramento e avaliação das ações do PCE;

## REFERÊNCIAS

AMARAL, R. S.; PORTO, M.A.S. Evolução e situação atual da esquistossomose no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 27, supl. 3, p. 73-90, 1994.

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JÚNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de saúde pública**, Washington, v. 8, n. 1-2, p. 53-59, 2000.

ARAÚJO, K. C. et al. Clinical - epidemiological profile of children with schistosomal myeloradiculopathy attended at the Instituto Materno-Infantil de Pernambuco. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 101, p. 149-156, 2006.

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. cap. 1, p. 285-306.

BARBOSA, C.S.; SILVA, C. B. Epidemiologia da esquistossomose mansônica no engenho Bela Rosa, Município de São Lourenço da Mata, PE. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 83-87, 1992.

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

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, 2001a.

BARBOSA, C. S. et al. Specific Situations Related to Acute Schistosomiasis in Pernambuco, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 96, supl, p. 169-172, 2001b.

BARBOSA C. S. et al. A expansão da esquistossomose no Nordeste do Brasil: o caso de Pernambuco. In: XXI Encontro Brasileiro de Malacologia., 2009, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: [S.n], 2009, *no prelo*.

BRANCO, M.A.F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 267-270, 1996.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças: esquistossomose mansônica. In: \_\_\_\_\_. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2005. 815 p. cap. 6, p. 297-306. (Série A: normas e manuais técnicos)

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização/Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão..** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p. (Série Pactos Pela Saúde, 2006)

BRASIL. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de atenção à saúde. **Cadernos de atenção básica n º 21**– Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Série A. Normas e Manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Esquistossomose**: situação atual da doença. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22071](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=22071)>. Acesso em: 30 jul. 2008a.

BRASIL. **Portaria nº 1399 de 15 de dezembro de 1999** Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.rebidia.org.br/noticias/saude/port1399.html> >. Acesso em: 20 ago. 2008b.

BRASIL. **Portaria nº 64 de 30 de maio de 2008**. Estabelece a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) como instrumento de planejamento para definição de um elenco norteador das ações de vigilância em saúde que serão operacionalizadas pelas três esferas de gestão. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0064\\_30\\_05\\_2008.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0064_30_05_2008.html)> Acesso em: 03 nov. 2008c.

BRASIL. **Portaria nº 1172 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. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1172.htm>>. Acesso em: 17 ago. 2008d.

BRASIL. **Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_1996-de\\_20\\_de\\_agosto-de-2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf)> . Acesso em: 03 ago. 2009a.

BRASIL. **Projeto de lei nº 25/2002.** Dispõe sobre o exercício da Medicina Disponível em:< <http://revista.cremepe.org.br/04/cremepe3.php> .>. Acesso em: 30 ago. 2009b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programas estratégicos.** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Visualizar\\_texto.cfm%3Fidtxt%3D25311+praziquantel+minist%C3%A9rio+sa%C3%BAde&cd=6&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br.](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Visualizar_texto.cfm%3Fidtxt%3D25311+praziquantel+minist%C3%A9rio+sa%C3%BAde&cd=6&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br.)>. Acesso em: 02 ago. 2009c.

BRASIL. **Portaria nº 699 de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm>>. Acesso em: 02 ago. 2009d.

BRASIL. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS- Caminhos para educação permanente em saúde – pólos de educação permanente em saúde.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao\\_permanente\\_tripartite.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_tripartite.pdf)> Acesso em: 05 ago. 2009e.

BURLANDY-SOARES, L. C. et al. *Schistosomiasis mansoni*: follow up of control program based on parasitologic and serologic methods in a brazilian community of low endemic. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 98, p. 853-859, 2003.

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

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CHIARAVALLLOTI NETO. O Programa de Controle do Dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil: dificuldades para a atuação dos agentes e adesão da população. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1656-1664, jul. 2007.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 5. ed. São Paulo: Makron Books, 1997.

COLLINS, C.; ARAÚJO, J.; BARBOSA, J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. **Health Policy**, Toronto, v. 52, p. 113-27, 2000.

CONTRANDIOPULOS, A. P et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In. HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1997. cap. 2, p. 29 – 47.

CONTRANDIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa – Definição, Estrutura, Planejamento**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

COURA, J.R.; AMARAL, R.S. Epidemiological and Control Aspects of Schistosomiasis in Brazilian Endemic Areas; **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 99, supl. 1, p. 13-19, 2004.

DENIS, J; CHAMPANHE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. Cap. 3. P. 49-88.

ESCOREL, S. **Reviravolta da saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998.

FARIAS, L. M. M. et al. Análise Preliminar do sistema de informação do programa de controle da esquistossomose no período de 1999 a 2003. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 235-239, jan. 2007.

FAVRE, T. C. et al. Avaliação das ações de controle da esquistossomose implementadas entre 1977 e 1996 na área endêmica de Pernambuco, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 34, n. 6, p. 569-576 nov./dez. 2001.

FELISBERTO, E. **Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDIPI) no Programa de Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999.** 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2001.

FIGUEIRÓ, A.C. et al. **Institucionalização da avaliação em saúde no Brasil: o processo de implementação de uma política de avaliação para a atenção básica.** Disponível em: <<http://www.imip.org.br/ead>>. Acesso em: 12/11/2008.  
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Controle da esquistossomose - diretrizes técnicas.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Vigilância e controle de moluscos de importância epidemiológica. In: \_\_\_\_\_. **DIRETRIZES técnicas: Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (PCE).** 2. ed. Brasília, DF, 2008. P. 35 – 68.

FLORES, O. A educação em saúde numa perspectiva transformadora. In: Fundação Nacional de Saúde (BRASIL). **Educação em saúde – diretrizes.** 2. ed. Brasília, DF, 2007. p. 7-15.

GAZZINELLI, M.F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan./fev. 2005.

GONÇALVES, J.F. et al. Esquistossomose aguda, de caráter episódico, na Ilha de Itamaracá, Estado de Pernambuco. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 424-425, 1991.

HABERMAS, J. **Teoría de la acción comunicativa.** Madrid: Taurus; 2000.

HALL, R. H. O conceito de burocracia: uma contribuição empírica. In: CAMPOS, E. (Org.). **Sociologia da burocracia.** Rio de Janeiro: Zahar, 1966.

HARTZ, Z. M. A. et al. Avaliação do programa materno infantil: Análise da implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste brasileiro. In: \_\_\_\_\_. **Avaliação em saúde - Dos modelos teóricos à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. cap. 4, p. 89 – 131.

IBGE. **Cidades.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em dez. 2008.

KATZ, N.; PEIXOTO, S.V. Análise crítica da estimativa do número de portadores de esquistossomose mansoni no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 33, p. 303-308, 2000.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 269-291, 2001.

MCLAUGHLIN, M. W. Implementation realities and evaluation design. In: SHORTLAND, R. L.; MARK, M. M. **Social Science and Social Policy**. Beverly Hills: Sage, 1985. P. 96-120.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In; HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. cap. 2, p. 41 –63.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 17-55.

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.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 189-361.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes – estruturas em cinco configurações**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 1995, 304 p.

MOURA JÚNIOR, A. N. C.; MOURA, D. C.; RODRIQUEZ, C. T. **Estrutura organizacional e controle das operações logísticas**. Disponível em: <[http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP1998\\_ART188.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP1998_ART188.pdf)>. Acesso em 25 de Nov. 2008.

NORONHA, C. V. et al. Uma concepção popular sobre a esquistossomose mansônica: os modos de transmissão e prevenção na perspectiva de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 106-117, 1995.

OLIVEIRA, D. **Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

OMOTTO, C. A.; SANTINI, S. M. L.; ESTEVES, J. L. M. **Controle da Dengue: Uma Análise da Implementação do PNCD e a Relação do Processo de Trabalho na 16ª RSA**. Apucarana/ Paraná – Brasil. Disponível em: <[http://www.repositorio.seap.pr.gov.br/arquivos/File/anais/painel\\_saude/control\\_da\\_dengue.pdf](http://www.repositorio.seap.pr.gov.br/arquivos/File/anais/painel_saude/control_da_dengue.pdf)> Acesso em: 07 ago. 2009.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol, M. Z.; Almeida Filho, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Médici, 2003. p. 567-586.

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Beverly Hills: Sage, 1987.

PIERI, O. S. Uma estratégia alternativa para o controle da esquistossomose. In: BARBOSA, C. S. et al. **Guia para vigilância e controle da esquistossomose: práticas de laboratório e de campo**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2008. p. 71-78.

POMPERMAYER, C. B. **A influência de fatores organizacionais no sistema de gestão de custos: um estudo de caso**. Disponível em: <http://www.fae.edu/intelligentia/noticias/lerNoticia.asp?InglIdNoticia=6134>. Acesso em nov. 2008.

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA ZONA DA MATA (PE). **Zona da mata: visão geral**. Disponível em: < <http://www.promata.pe.gov.br/>> Acesso em: 20 out. 2008.

QUININO, L. R. M.; BARBOSA, C. S. Procedimentos para o controle da esquistossomose: coproscopia. In: BARBOSA, C. S. et al. **Guia para vigilância e controle da esquistossomose: práticas de laboratório e de campo**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2009. p. 53-69.

QUININO, L. R. M. et al. Avaliação das atividades de rotina do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, entre 2003 e 2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, P. 335-343, set/ dez. 2009.

RESENDES, A.P.C.; SOUZA-SANTOS, R.; BARBOSA, C.S. Internação hospitalar e mortalidade por esquistossomose mansônica no Estado de Pernambuco, Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p.1392-1401, 2005.

SAMICO, I. C. **Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no estado de Pernambuco**. 2003.Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

SAMICO, M.J.A. **Estudo da distribuição dos planorbídeos transmissores do S. mansoni em Piedade, Jaboatão dos Guararapes, 1989**. Monografia (Bacharelado) - Faculdade de Filosofia do Recife, 1989.

SILVA, Z. P. O município e a descentralização. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 81-87, nov. 1996.

SIMÕES, L.; BARBOSA, C. S.; MACIEL, B. Comunicação em saúde pública: transmissão e recepção de mensagens entre agentes de saúde e usuários do PSF de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. **Revista de Comunicação em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 5-16, 2007.

SOUZA, M.A.A. et al. Criadouros de biomphalaria, temporários e permanentes, em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**,Uberaba, v. 41, n. 3, p. 252-256, 2008.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde para Gestores Municipais de Serviços de Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

TEIXEIRA, M. G. L. C.; PAIM, J. S. Os programas especiais e o novo modelo assistencial. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 264-77, 1990.

TESTA, M. **Estructura de poder en el sector salud**. Caracas: CENDES, UCV, 1982.

TORNATZKY, L. G.; JOHNSON, E. C. Research on implementation. **Evaluation and Program Planning**, Toronto, v. 5, p. 193-198, 1982.

VILASBÔAS, A.L.Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008.

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

WOOD JR, T. Nem indivíduos, nem grupos: parceiros. In: \_\_\_\_\_. **Mudança Organizacional**: aprofundando temas atuais em administração de empresas. São Paulo: Atlas, 1995. P. 315 – 340.

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

### COMPONENTES DE ESTRUTURA

#### RECURSOS HUMANOS

1. O município possui um *coordenador municipal* das ações de *endemias* (**Pontuação máxima: \_\_\_ pontos**): **OBS: INTEGRAR COM A PRÓXIMA PEGUNTA**

-Existe ( ) (\_\_\_ ponto); - Não existe ( ) (\_\_\_ ponto)

2. O município possui um *coordenador municipal* do PCE (**Pontuação máxima: \_\_\_ pontos**):

- 2.1. Exclusivo pro PCE ( ) (\_\_\_ ponto);
- 2.2. O coordenador coordena o PCE e outras *endemias* ( ) (\_\_\_ ponto)
- 2.3. Não tem coordenador ( ) ( \_\_\_ ponto);

3. O município possui *agentes de endemias* para o PCE:

Cálculo: nº de agentes do município( ) / exames pactuados( ) = \_\_\_\_\_;  
**OBS: parâmetro: 1 agente realiza 60 exames/ dia ou 12.600 exames/ ano, trabalhando diariamente.**

3.1. Existem agentes de *endemias* exclusivos para o PCE:

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

3.2. Não existem agentes exclusivos para o PCE ( ) (\_\_\_ **pontos**);

4. O município possui um *motorista* à disposição do PCE:

- Sim: ( ) (\_\_\_ ponto) - Não: ( ) (\_\_\_ pontos)

5. O município possui *laboratorista* para as ações do PCE:

OBS: 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 = \_\_\_\_\_.

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.**

5.1. Em número *suficiente* para o diagnóstico coproscópico de esquistossomose segundo a meta pactuada ( ) (\_\_\_ **pontos**);

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

6. O município possui *auxiliar de laboratório* para as ações do PCE:

OBS: cálculo do número máximo de lâminas preparadas pelo auxiliar/ ano → n° de dias por semana que o auxiliar trabalha com o PCE ( ) x n° de exames que ele faz por dia ( ) x 51 semanas= \_\_\_\_\_.

Cálculo: Exames pactuados ( ) / n° máximo de exames realizados pelo auxiliar/ ano ( ) = \_\_\_\_\_.

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

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

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

7. O município possui *Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social (NESMS)*:

- Sim: ( ) (\_\_\_ ponto) - Não: ( ) (\_\_\_ pontos)

8. O município possui *Profissional de campo* para as ações de malacologia:

- Sim ( ) (\_\_\_ ponto); - Não ( ) (\_\_\_ ponto)

9. O município possui *Digitador* para os boletins do PCE:

- Sim ( ) (\_\_\_ ponto); - Não ( ) (\_\_\_ ponto)

### “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 pontos;
- 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 (pontuação total :2 pontos):

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

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

(pontuação total: 6 pontos):

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.

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.

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				

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

Profissionais	Existentes	Treinados	Percentual	Pontos
Digitadores				

## RECURSOS MATERIAIS

### *“Inquéritos Coproscópicos Censitários”:*

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

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

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**);

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

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

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**);

OBS: \_\_\_\_\_;

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

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

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

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

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

- No mesmo ano ( ) (\_\_\_ pontos)  
- Há mais de um ano ( ) (\_\_\_ ponto)

4.2. Peso-medida:

- 4.2.1. Existente, em bom estado de conservação e em número suficiente para a demanda ( ) (\_\_\_ pontos);  
4.2.2. Inexistente ou existente, mas em mau estado de conservação e em número insuficiente para a demanda ( ) (\_\_\_ pontos);

5. Existência de *Viatura* para cumprir a meta (diária, semanal, mensal) de distribuição dos potes estipulada (Pontuação máxima: \_\_\_ pontos):

- Sim ( ) (\_\_\_ pontos) - Não ( ) (\_\_\_ pontos)

6. Existência de *Mapa* com os percentuais de positividade por localidade, bem como sua classificação em localidade endêmica, de foco, indene (Pontuação máxima: \_\_\_ pontos).

- Existente ( ) (\_\_\_ pontos); - Inexistente ( ) (\_\_\_ pontos);

7. Existência de *croqui* mostrando as coleções hídricas e a classificação segundo potencial de foco (coleção atual, potencial, criadouro, foco) (Pontuação máxima: \_\_\_ pontos):

- Existente ( ) (\_\_\_ pontos); - Inexistente ( ) (\_\_\_ pontos)

### “LABORATÓRIO”

1. Existência de *laboratório municipal* que realiza diagnóstico de esquistossomose (Pontuação máxima: \_\_\_ pontos);

- Existe ( ) (\_\_\_ pontos) - Não existe, encaminha para a GERES ( ) (\_\_\_ pontos)

1.1. No laboratório (Pontuação máxima: \_\_\_ pontos):

1.1.a. Existência de *lâminas* de vidro em número suficiente (25% do número de exames previstos) para o diagnóstico parasitológico:

- Cálculo: lâminas existentes \_\_\_\_\_; Exames Pactuados \_\_\_\_\_;

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

1.1.b. Existência de material de reposição para o Kit de Kato-Katz *no dia da visita* (Pontuação máxima \_\_\_\_\_):

- Tela de nylon: **Existe** ( ) (\_\_\_ pontos) Não existe ( ) (\_\_\_ pontos)  
- Verde malaquita: **Existe** ( ) (\_\_\_ pontos) Não existe ( ) (\_\_\_ pontos)  
- Palheta: Existe ( ) (\_\_\_ pontos) Não existe ( ) (\_\_\_ pontos)  
- Papel de celofane: Existe ( ) (\_\_\_ pontos) Não existe ( ) (\_\_\_ pontos)  
- **Pontuação total** : (\_\_\_ pontos)

### “QUIMIOTERAPIA”

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

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

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







<p><b>P.1. Componentes da estrutura:</b>  Cálculo: <math>\sum (c1+ c2+ c3+... + cn)</math>  Total: _____ pontos.</p>	<p><b>P.2. Componentes do processo:</b>  Cálculo: <math>\sum (c1+ c2+ c3+... + cn)</math>  Total: _____ pontos</p>
<p><b>P.3. Indicadores de cobertura:</b>  Cálculo: <math>\sum</math> pontuações atingidas pelos indicadores</p>	<p><b>4. Pontuação final atingida pelo município:</b>  <math>\sum P.1 + P.2 + P.3 =</math> _____ pontos.</p>

## APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO-ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO

1. Houve alguma **ação** realizada pela SMS (construção de laboratórios, aquisição de veículos, contratação de pessoal, etc.) que a SMS realizou e contribuiu para um melhor funcionamento das ações de controle da E?

( ) Sim ( ) Não

Qual (is)? \_\_\_\_\_

---

2. Você conhece como funciona o PCE?

( ) Sim ( ) Não

Como:

\_\_\_\_\_

---

3. Você conhece os **indicadores** básicos da esquistossomose em seu município (sabe as últimas localidades trabalhadas, a prevalência do município, as localidades de maior positividade, a meta pactuada pela SES)?

( ) Sim ( ) Não

Qual (is)? \_\_\_\_\_

---

4. Você normalmente participa do **planejamento** das ações de controle da esquistossomose?

( ) Sim ( ) Não

Como:

\_\_\_\_\_

---

5. Diante das diversas endemias e epidemias (por exemplo, de dengue) que ocorrem no município, você considera o controle da esquistossomose uma prioridade, ou seja, as ações de controle não são prejudicadas mesmo quando ocorrem epidemias de outras doenças?

( ) Sim; ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

---

**APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO -  
ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O COORDENADOR DO PCE**

1. Houve alguma **ação** realizada pela coordenação (capacitação de agentes e de educadores em saúde, realização de reuniões com agentes e com outros setores, outras ações intersetoriais, etc.) que contribuiu para um melhor funcionamento das ações de controle da E?

( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Você **conhece o PCE** (sabe que ele não se limita só a exames periódicos)? ( ) Sim ( ) Não

Quais suas principais recomendações? \_\_\_\_\_

Costuma se remeter ao manual/ guia para nortear ações? ( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

3. Você **conhece os indicadores** básicos da esquistossomose em seu município (sabe as últimas localidades trabalhadas, a prevalência do município, as localidades de maior positividade)? ( ) Sim ( ) Não

Quais os principais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Você **planeja as ações** de controle da esquistossomose antes de se dirigir ao campo? ( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

Você normalmente **usa informações** epidemiológicas e ambientais (prevalência, análise do ambiente, localidade ainda não trabalhada, etc.) para planejar as ações? ( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

Utiliza o manual/ guia para se nortear? ( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

5. Você planeja as ações juntamente com os ASA e com o secretário?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

6. Diante das diversas endemias e epidemias (por exemplo, de dengue) que ocorrem no município, você considera o controle da esquistossomose uma prioridade, ou seja, as ações de controle não são prejudicadas mesmo quando ocorrem epidemias de outras doenças? ( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO -  
ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O AGENTE DE SAÚDE AMBIENTAL**

IDENTIFICAÇÃO		
Nome:	Idade:	Escolaridade:

1. Você só trabalha com E?  
( ) sim ( ) não
2. Qual o seu horário de trabalho? \_\_\_\_\_
3. Você trabalha o ano todo com esta endemia?  
( ) sim ( ) não
4. Quantos potes você entrega/ recolhe por dia? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Você realiza atividades de educação em saúde durante as visitas?  
( ) sim ( ) não  
\_\_\_\_\_
6. Houve alguma **ação** realizada por você (confeccção do espelho do boletim diário, reuniões com o ACS da área, ações de educação em saúde em escolas e outros locais, etc.) que contribuiu para um melhor funcionamento das ações de controle da E?  
( ) Sim ( ) Não  
Qual (is)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Você **conhece o PCE** (sabe que ele não se limita só a exames periódicos)? ( ) Sim ( ) Não  
Quais suas principais recomendações? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Qual a importância do PCE pra o seu município? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Você **conhece os indicadores** básicos da esquistossomose em seu município (sabe as últimas localidades trabalhadas, a prevalência do município, as localidades de maior positividade)? ( ) Sim ( ) Não  
Quais os principais: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Você **participa do planejamento das ações** de controle da esquistossomose junto com o técnico? ( ) Sim ( ) Não  
Porque? \_\_\_\_\_
10. Diante das diversas endemias e epidemias (por exemplo, de dengue) que ocorrem no município, você considera o controle da esquistossomose uma prioridade, ou seja, as ações de controle não são prejudicadas mesmo quando ocorrem epidemias de outras doenças? ( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

11. Porque você trabalha com o PCE? \_\_\_\_\_

12. Liste as principais dificuldades em trabalhar com o PCE.

---

---

---

---

---

## APÊNDICE E - INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DO CONTEXTO ESTRUTURAL ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O COORDENADOR DO PCE

### 1.1. Atributos do coordenador:

a) Você tem nível superior? ( ) Sim ( ) Não

Qual sua formação? \_\_\_\_\_

b) Tem pós-graduação em saúde pública ou áreas afins? ( ) Sim ( ) Não

Qual sua formação? \_\_\_\_\_

c) Você tem experiência prévia com controle da esquistossomose?

( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

d) Você é da FUNASA? ( ) Sim ( ) Não

Você acha que o fato de você ser da FUNASA atrapalha o seu trabalho hoje, no município? ( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

e) Você já recebeu algum treinamento (GERES, SES, etc.) onde fosse enfatizado o *planejamento de ações* de controle da esquistossomose?

( ) Sim ( ) Não

Qual foi o treinamento, onde e quando ocorreu? \_\_\_\_\_

### 1.2. Atenção prestada à inovação:

a) Você acha necessário fazer mais exames do que o preconizado pela SES ou considera o número proposto suficiente?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

b) Você normalmente procura trabalhar localidades novas ou trabalha, preferencialmente, aquelas onde já se sabe que a prevalência da esquistossomose é alta e, por isso, precisa da intervenção?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

c) O secretário sempre investe na sua formação?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

### 1.3. Orientação cosmopolita ou local:

a) Já foram realizadas ações de controle da esquistossomose juntamente com outras secretarias (obras, cidades, etc)?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

b) O assunto esquistossomose já foi discutido no conselho municipal de saúde?

Sim    Não

Porque? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE F - INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DO CONTEXTO ESTRUTURAL ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO DE SAÚDE

### 1.4. Atributos do secretário:

a) Você tem nível superior? ( ) Sim ( ) Não

Qual sua formação? \_\_\_\_\_

b) Tem pós-graduação em saúde pública ou áreas afins? ( ) Sim ( ) Não

Qual sua formação? \_\_\_\_\_

c) Você já recebeu algum treinamento sobre/ tem especialização em planejamento/ gestão?

( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

d) Você já recebeu algum treinamento (GERES, SES, etc.) onde fosse enfatizado o *planejamento de ações* de controle da esquistossomose?

( ) Sim ( ) Não

Qual foi o treinamento, onde e quando ocorreu? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 1.5. Atenção prestada à inovação:

a) Você sempre investe na formação dos técnicos?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

b) Você acha necessário fazer mais exames do que o preconizado pela SES ou considera o número proposto suficiente?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

### 1.6. Orientação cosmopolita ou local:

a) Já foram realizadas ações de controle da esquistossomose juntamente com outras secretarias (obras, cidades, etc)?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

b) O assunto esquistossomose já foi discutido no conselho municipal de saúde?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE G - INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DO CONTEXTO ESTRUTURAL ATRIBUTOS ORGANIZACIONAIS

### 1. Centralização:

a) A tomada de decisão é centralizada na pessoa do secretário?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

b) O planejamento das ações/ construção do plano de saúde se dá de forma que todos os envolvidos diretamente no controle da esquistossomose (ASA, coordenador e secretário) participem?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

### 2. Formalização/:

a) As ações de controle da esquistossomose são contempladas no Plano Municipal de Saúde?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

Em relação ainda às ações de controle, o plano municipal de saúde contempla, pelo menos, cinco componentes do PCE propostos pelo guia?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

b) Há uma coordenação do PCE dentro do organograma da SMS?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

c) Já foram realizadas ações de controle da esquistossomose além daquelas previstas no guia, e que, na opinião do coordenador, se aplicam melhor à realidade do município?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

### 3. cultura de planejamento, monitoramento e avaliação

a) Há um monitoramento das ações de controle da esquistossomose?

( ) Sim ( ) Não

Como é feito? \_\_\_\_\_

b) Há avaliação periódica das atividades de controle?

( ) Sim ( ) Não

Como é feito? \_\_\_\_\_

### 4. Nível de especialização:

a) Os seguintes profissionais têm treinamento na sua área específica: laboratorista, auxiliar de laboratório, médicos, enfermeiros, ASA, ACS, coordenador.

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

#### 5. Tamanho:

a) O município realiza integralmente as ações de controle ou necessita de apoio de outras instâncias? (autonomia técnico-gerencial (programa descentralizado)

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

b) O município é integralmente responsável por adquirir os insumos necessários para realização de exames coprocópicos ou recebe material da GERES/ SES (autonomia financeira)?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE H – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Centro de Pesquisas  
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa:** “Análise da implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em dois municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil”

**Instituições participantes da pesquisa:**

- **Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ – centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM – Departamento de Parasitologia;**

O Sr(a) está sendo convidado a participar do estudo acima referido, na qualidade de entrevistado, que tem como objetivo avaliar a implantação do Programa de Controle da Esquistossomose no município através da verificação de como estão sendo realizadas as atividades de controle desta doença e os fatores que interferem na realização das mesmas.

No estudo, serão avaliados como estes fatores, classificados em características dos principais responsáveis pelo funcionamento das atividades de controle da esquistossomose (secretário de saúde, coordenador do programa de controle da esquistossomose e agente de saúde ambiental), características da instituição onde as atividades de controle são realizadas (forma de organização dos serviços) e apoio que a instituição dá para a realização das atividades de controle da esquistossomose influenciam a capacidade e o modo como o município desenvolve as atividades de controle da esquistossomose.

Para se conseguir estas informações, será realizada uma entrevista dirigida, através da aplicação de questionários com perguntas pré-formuladas que buscam por questões relacionadas à realização das atividades de controle da esquistossomose e as informações fornecidas pelo (a) senhor (a) serão registradas em um bloco de anotações. Além disso, será necessária a disponibilização de alguns documentos (plano municipal de saúde/ plano de ação e metas, relatório de gestão) e também a realização de visitas nos locais que desenvolvem atividades relacionadas ao Programa de Controle da Esquistossomose (laboratórios, campo, etc.), a fim de levantar informações necessárias ao estudo.

Sua participação não é obrigatória e sua recusa não lhe trará nenhum constrangimento ou prejuízo em relação aos pesquisadores e com as instituições participantes. Serão garantidos

Campus da UFPE – Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Recife – PE – Brasil - CEP.  
50.670-420 Fones: 0 XX 81 2101-2500 / 2101-2600 Fax: 0 XX 81 2101-2614

seu sigilo, seu anonimato e o direito de não responder algumas perguntas ou a todas elas, de interromper a qualquer momento e de determinar que informações já fornecidas sejam retiradas do material coletado, assegurando-se todos os seus direitos legais.

Os riscos relacionados com sua participação poderiam ser constrangimentos perante pessoas e instituições, caso a identidade viesse a público, contudo, garanto que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma. As informações obtidas poderão ser utilizadas em eventos científicos, no entanto sua identidade permanecerá em completo sigilo. Os benefícios relacionados com a sua participação são contribuir para o conhecimento de como os fatores acima citados influenciam na realização das atividades de controle da esquistossomose.

Qualquer esclarecimento, entrar em contato com pesquisadora Louisiana Regadas de Macedo Quinino pelo telefone: (81) 86364254 ou dirigir-se ao Departamento de Parasitologia/ Laboratório de esquistossomose/ CPqAM-FIOCRUZ.

Após ter lido o presente consentimento livre e esclarecido e compreendido seus termos, o Sr.(a) deverá assiná-lo em duas vias, fornecendo uma delas para o pesquisador e ficando com a outra.

Pesquisador: \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Comitê de Ética  
em Pesquisa

**Título do Projeto:** Análise da implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em dois municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil.

**Pesquisador responsável:** Louisiana Regadas de Macedo Quinino

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 19/05/09

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 13/09

**Registro no CAAE:** 0012.0.095.000-09

### PARECER Nº 19/2009

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

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 04 de junho de 2012. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 04 de junho de 2009.

*Giselle Camposana Gouveia*



Giselle Camposana Gouveia  
Farmacêutica  
Coordenadora  
Mat. SIAPE 0453376  
CPqAm / FIOCRUZ

#### Observação:

##### Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 04/06/2010.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n  
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
Recife - PE - Brasil  
comitedectica@cpqam.fiocruz.br

  
Laboratório de Parasitologia  
AGGEU  
MAGALHÃES

  
FIOCRUZ  
Ministério da Saúde

AValiação DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA  
ESQUISTOSSOMOSE EM DOIS MUNICÍPIOS DA ZONA DA MATA DE  
PERNAMBUCO, BRASIL

Título resumido: Avaliação do Grau de implantação do PCE em Pernambuco, Brasil  
ASSESSMENT ON THE IMPLEMENTATION LEVEL OF THE SCHISTOSOMIASIS  
CONTROL PROGRAM IN TWO MUNICIPALITIES OF ZONA DA MATA -  
PERNAMBUCO , BRAZIL

**Louisiana Regadas de Macedo Quinino**

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

**Isabella Chagas Samico,**

Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP

**Severina Alice da Costa Uchôa**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

**Eduarda Ângela Pessoa Cesse**

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

**Constança Simões Barbosa**

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

## Resumo

Com o objetivo de avaliar o Grau de Implantação do programa de controle da esquistossomose (PCE) nos municípios de Escada e Goiana, pertencentes à Zona da Mata de Pernambuco, Brasil, foi realizada uma avaliação normativa. Para tanto, construiu-se o modelo lógico do PCE, que subsidiou a construção do instrumento de coleta de dados, os quais foram do tipo primário e secundário. Foram entrevistados os coordenadores e Agentes de Saúde Ambiental. Utilizou-se um sistema de escores que classificou o GI dos municípios em implantado, parcialmente implantado e não implantado. Escada teve o GI não implantado (52,85) e Goiana teve o GI parcialmente implantado (63,65). Os resultados mostraram a fragilidade dos municípios avaliados em relação ao cumprimento das recomendações mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde para o controle da esquistossomose.

*Palavras-chave: Esquistossomose; controle; saúde;*

## Summary

In order to assess the implementation level of the schistosomiasis control program (SCP) in the municipalities of Escada and Goiana, Zona da Mata of Pernambuco - Brazil, a normative evaluation was performed. For such, SCP logical model was constructed, which subsidized the construction of the data collection instrument, being of primary and secondary types. Coordinators and the Environmental Health staff were interviewed. A scoring system was used to classified the GI in the municipalities as: implemented, partially implemented and not implemented. Escada had the “not implemented” GI (52.85) while Goiana presented “partially implemented” GI (63.65). The results showed fragility in the municipalities evaluated in relation to compliance with the minimum recommendations advocated by the Ministry of Health for the schistosomiasis control.

Key words: Schistossomiasis; control; health.

## INTRODUÇÃO

Pernambuco é um dos estados brasileiros que exibem percentuais médios mais elevados de pessoas infectadas pelo *Schistosoma mansoni*<sup>1</sup>, sendo a Zona da Mata a região mais atingida (área endêmica), apresentando áreas com até 80% de indivíduos parasitados<sup>2</sup>. Em relação à morbi-mortalidade, estudo realizado por Resendes (2005)<sup>3</sup> mostra uma redução da gravidade da esquistossomose, confirmada pela diminuição do número de internações hospitalares e óbitos pela doença, o que não significa dizer que esta endemia está sob controle no estado. Inquérito recente, realizado em escolares de todos os municípios da Zona da Mata de Pernambuco detectou uma prevalência média de 14,4% para este Estado e municípios com severa intensidade de infecção.<sup>4</sup> Araújo et al<sup>5</sup>, em estudo recente, detectaram inúmeros casos de mielorradiculopatia esquistossomótica nos últimos anos em Pernambuco. Além disso, desde a década de 90 tem-se observado a expansão da esquistossomose para áreas litorâneas e Região Metropolitana do Recife (RMR), com 04 casos agudos da doença registrados na Praia de Itamaracá.<sup>6, 7, 8</sup> Um surto epidêmico na Praia de Porto de Galinhas, com 662 casos da forma aguda da doença<sup>9</sup>, além dos focos de moluscos vetores que vêm surgindo no litoral e RMR.<sup>10</sup>

Desde 1975, vêm sendo implementadas ações de controle da esquistossomose em todo o país, tendo como iniciativa a criação do Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE), pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). Em 1980, o PECE perdeu as características de programa especial, tornando-se um programa de rotina do Ministério da Saúde (MS), passando a ser denominado Programa de Controle da Esquistossomose (PCE).<sup>11,12</sup>

Em paralelo aconteceu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas diretrizes eram descentralização político-administrativa, atendimento integral e participação popular para o atendimento dos agravos à saúde.<sup>13</sup> Nesse novo modelo, os programas de saúde

deveriam, gradativamente, serem substituídos pelo modelo organizado em nível local.<sup>11</sup> O município passa a ser responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território, o que exige ajustes institucionais profundos, bem como a reformulação de práticas.<sup>14</sup>

Em 1999 foi normatizada a descentralização da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, dentre elas, a esquistossomose, que saem da gestão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), passando a ser da competência dos municípios.<sup>15</sup>

Tendo em vista a correta realização das atividades de controle da esquistossomose pelas instâncias municipais, o MS recomenda uma série de ações que incluem a delimitação epidemiológica, inquéritos coproscópicos censitários, tratamento de infectados, controle de planorbídeos, medidas de saneamento ambiental, educação em saúde, vigilância epidemiológica e a alimentação anual do Sistema de Informação do PCE, o SISPCE. Todas essas ações deveriam ser incorporadas às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF).<sup>15,16</sup>

Em Pernambuco, a descentralização das ações de controle da esquistossomose ocorreu no período entre 1999 e 2000. A forma como estão sendo realizadas estas atividades após a municipalização, no entanto, deixa a desejar.<sup>17</sup>

Considerando-se a carência de estudos avaliativos que abordem as ações de controle da esquistossomose nas suas dimensões estrutura e processo o presente estudo teve como objetivo avaliar o Grau de Implantação do Programa de Controle da Esquistossomose nos municípios de Escada e Goiana, pertencentes à Zona da Mata de Pernambuco, identificando o nível de cumprimento das normas e as dificuldades apresentadas em relação à estrutura e ao processo de realização das atividades.

## MÉTODO

O desenho de estudo utilizado foi a Avaliação Normativa, que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando-se os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços e bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com os critérios e as normas vigentes.<sup>18</sup> 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.<sup>19</sup>

A unidade de análise foi o município. Os municípios de Escada e Goiana foram escolhidos por eliminação, depois de satisfazerem aos seguintes critérios: pertencerem à Zona da Mata pernambucana; não ter mudado de gestão na última eleição (2008); ter a maior população da Zona da Mata e ter realizado mais de 10.000 exames coprocópicos desde a implantação do PCE. Estes critérios foram levados em conta por exercerem influência no Grau de Implantação das ações de controle da esquistossomose e os municípios foram nivelados por eles para que se permitisse uma futura comparação. Escada situa-se na Zona da Mata Norte e possui 59.850 habitantes, enquanto que Goiana situa-se na Zona da Mata Sul e possui 71.796 habitantes.<sup>20</sup>

O estudo foi realizado em três etapas: a primeira foi a elaboração do modelo lógico do PCE (FIGURA 1) para se ter uma visão integral do programa e dos seus componentes permitindo construir o instrumento de coleta de dados. Nessa etapa foram analisados documentos oficiais que tratam das ações de controle da esquistossomose.<sup>16,21,22,23</sup> Na segunda etapa foram analisadas separadas as dimensões Estrutura e Processo, e a terceira consistiu na avaliação do GI dos dois municípios do estudo.

Para avaliação do GI, foi elaborado um questionário estruturado, a partir do modelo lógico e que foi aplicado aos coordenadores e agentes de saúde ambiental (sujeitos da pesquisa) que trabalham diretamente com o PCE nos municípios do estudo. A coleta dos

dados primários foi realizada por meio de entrevista dirigida e os dados secundários, foram 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).

Para medição do GI do PCE, utilizou-se um sistema de escores no qual cada item da dimensão estrutura e da dimensão processo contidos no modelo lógico, receberam uma pontuação específica para posterior construção de um indicador composto, o grau de implantação.

A *dimensão estrutura* foi dividida em recursos humanos, materiais e indicadores de cobertura de habilitação profissional. A avaliação dos componentes *equipe de trabalho* e *recursos materiais* foi feita a partir da atribuição de pontos usado para variáveis dicotômicas (para respostas sim ou não, existe ou não existe, etc.). O total de pontos possível para o componente equipe de trabalho foi 35 pontos, e para o componente recursos materiais foi 45 pontos, totalizando 80 pontos.

Para avaliação do componente *indicadores de cobertura de habilitação profissional*, verificou-se a proporção de profissionais (profissionais da atenção básica, incluindo médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, agentes de saúde ambiental/ endemias, digitadores, coordenador, gerente da vigilância em saúde, laboratoristas e auxiliares de laboratório e educadores em saúde) treinados em suas funções específicas. Para cada faixa de percentual atingido por cada categoria profissional, foi atribuída uma pontuação, com pontos de corte: de 80 a 100% de profissionais treinados na sua função = 2 pontos; de 50 a 79% = 1 ponto; menos de 50% = 0 ponto. Como foram dez categorias, o somatório máximo possível de ser atingido foi 20 pontos.

A *dimensão processo* teve os componentes: delimitação epidemiológica, inquéritos coproscópicos censitários, tratamento de doentes, controle do molusco vetor, medidas de

saneamento, educação em saúde, SISPCE e vigilância epidemiológica. Para cada um, foi atribuída uma pontuação específica de modo que o somatório fosse 80 pontos.

Para a avaliação dos *indicadores de processo*, verificou-se a proporção: população trabalhada pelo PCE/ ano; coletores recolhidos com amostras em relação aos distribuídos; envio regular de dados do SISPCE municipal para a SES; casos de esquistossomose tratados. Para cada faixa de percentual atingido por cada indicador foi 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.

Para cada dimensão, somaram-se os pontos das variáveis dicotômicas mais aqueles provenientes dos indicadores, chegando-se a um total máximo de 100 pontos. Em seguida, calculou-se o GI do PCE para cada município, 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) possível de ser atingida por cada município foi 100. A partir do estabelecimento de pontos de corte abaixo, foi possível classificar o GI do PCE em quatro situações: implantado = 90 a 100 pontos; parcialmente implantado = 60 a 89 pontos e não implantado < 59 pontos.

## **CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães conforme parecer N° 013/2009, em reunião ordinária ocorrida no dia 18 de junho de 2009.

## **RESULTADOS**

A figura 2 mostra a pontuação atingida por cada sub-componente da dimensão estrutura e a pontuação total atingida por esta dimensão. Observa-se em relação aos recursos materiais, que os municípios não tinham mapas/ croquis contendo informações epidemiológicas e ambientais, não possuíam número suficiente de potes e etiquetas marcadoras dos potes, nem materiais de laboratório e Praziquantel® para tratamento de doentes em quantidade suficiente para realização das ações de controle. Também não possuíam material para realização de ações de controle de moluscos vetores, nem núcleo de educação em saúde implantado. Porém, ambos tinham formulário PCE 101 (formulário de trabalho de campo), laboratório municipal e computador para implantação do SISPCE (Sistema de Informações sobre o Programa de Controle da Esquistossomose). As dificuldades com veículo, próprio para atender ao programa foram ressaltadas pelos 2 municípios.

Em se tratando da equipe de trabalho, os municípios tinham coordenador do PCE, agentes de saúde ambiental, técnico de laboratório para leitura de lâminas e digitador do SISPCE em número suficiente para realizar as ações de controle. Nenhum possuía educador em saúde e Escada apontou dificuldades com o motorista, que nem sempre se encontra à disposição do PCE.

Para avaliação dos indicadores de cobertura de habilitação, consideraram-se “habilitados” aqueles profissionais que receberam treinamento fornecido por instituição governamental (Secretaria Estadual de Saúde- SES/PE ou Gerência Regional de Saúde - GERES), ou por instituições de pesquisa. Estes indicadores mostraram que nos municípios, nenhum dos profissionais da atenção básica haviam sido treinado para as ações de controle da esquistossomose. Os laboratoristas receberam capacitação, porém, os auxiliares que preparam lâminas, não receberam. A coordenadora do PCE em Escada recebeu treinamento ao contrario da a Gerente da Vigilância em Saúde. Em Goiana, o Gerente da Vigilância havia sido

capacitado, enquanto que a coordenadora, não. Em Escada, somente o digitador havia recebido treinamento.

A figura 3 mostra a pontuação atingida por cada sub-componente da *dimensão processo* e a pontuação total atingida por esta dimensão. Observa-se que nenhum município realiza delimitação epidemiológica da esquistossomose com utilização de inquéritos amostrais.

Para a realização dos inquéritos coproscópicos censitários na rotina do programa, observou-se que ambos os municípios tem critérios próprios para escolher áreas a serem trabalhadas, planejam as ações de campo, usam mecanismos para diminuir a perda de potes coletores e os inquéritos cobriram, pelo menos, 80% da população rural desde que o PCE foi implantado. Contudo, nenhum município voltou a realizar ações de controle dentro de dois anos em cada localidade trabalhada, tempo após o qual as pessoas se reinfectam (REF). Escada só trabalhou as áreas urbanas no período chuvoso e não considerou a possibilidade da esquistossomose estar se endemizando nestas áreas. Não garante coproscopia de controle para todos os pacientes, só para aqueles que procuraram o serviço de saúde. Goiana apresentou dificuldades quanto tratamento dos pacientes no PSF, pois os médicos se recusam a tratá-los sob a alegação de não haver apoio estrutural na unidade.

Nenhum município realiza atividades de controle do molusco vetor nem ações de saneamento. Realizam as atividades de educação (palestras), não são realizadas em parceria com ONGs ou outros órgãos que viabilize e estimule a participação popular. Ambos têm SISPCE implantado, porém Escada não digita os casos provenientes da demanda passiva no sistema. Em relação à vigilância epidemiológica, ambos digitam casos graves no SINAN, mas não investigam estes casos e óbitos.

Os indicadores de cobertura evidenciaram que o percentual médio da população trabalhada por ano é baixíssimo em ambos os municípios, em comparação aos 80%

recomendados pelo MS: 6,3% em Goiana e 4,7% em Escada. Escada recolheu apenas 76% dos potes entregues e tratou 77,5% dos doentes, percentuais que ficaram aquém dos 80% recomendados pelo MS. Goiana recolheu 86% dos potes e tratou 89% da população. Ambos enviaram dados anualmente para a SES/PE, via SISPCE.

Por fim, a partir do sistema de escores, verificou-se que o GI do PCE em Escada foi 52,85 ( $[(62 \times 4) + (53,75 \times 6)] : 10$ ) sendo, portanto, classificado como *não implantado*, e o GI do PCE em Goiana foi 63,65 ( $[(62 \times 4) + (64,75 \times 6)] : 10$ ) sendo, portanto, classificado como *parcialmente implantado*.

## DISCUSSÃO

Na discussão deste trabalho será questionada a implantação do PCE nas instâncias municipais, em relação à estrutura existente e aos processos locais que induzem a realização das atividades do programa.

Na dimensão *Estrutura*, Goiana atingiu 62 pontos = GI do PCE *insatisfatório* e Escada 51,5 = GI do PCE *insatisfatório*. Na análise desta dimensão, verificou-se que nenhum profissional era habilitado para as atividades de Educação em Saúde. Esta é uma falha grave, uma vez que programas educativos podem gerar informações para motivar a mobilização social e a adesão voluntária da população aos programas de saúde. A morbidade devida à esquistossomose poderia ser minimizada se as práticas de risco fossem trabalhadas no momento em que a comunidade percebesse a doença como um sério agravo à sua saúde. Os profissionais entrevistados percebiam Educação em Saúde como uma atividade adicional, atrelada à produção que lhes é exigida, onde eles são os *educadores* e os usuários do serviço são os *educandos* passivos. Não avaliam os resultados coletivos nem estabelecem vínculos entre os problemas de saúde e as condições de vida da comunidade onde atuam. Esta concepção, comum aos dois municípios, é mais um componentes que contribui para a

manutenção dos níveis endêmicos da esquistossomose uma vez que as ações convencionais para o controle da doença, quando isoladas, têm capacidade de resolução restrita.

Quanto aos demais profissionais, Goiana possuía todos e em quantidade suficiente para realizar as ações de campo e laboratório contidas na proposta do PCE. Escada não possuía : (1) auxiliar de laboratório, o que influencia na sua capacidade de diagnóstico; (2) motorista à disposição do PCE, faltas essas que se constituem sérios empecilhos para a realização das atividades de campo gerando insatisfação, falta de adesão dos usuários e se traduzindo em baixas coberturas do programa.

Em relação aos recursos materiais, a falta de material para coproscopia (potes coletores, etiquetas e kit diagnóstico Kato-Katz), nos dois municípios, inviabilizou o diagnóstico parasitológico e o conhecimento dos níveis de prevalência necessários para o acompanhamento da evolução da doença. Nenhum dos municípios possuía mapa contendo percentuais de positividade das localidades trabalhadas ou croquis com as coleções hídricas, instrumentos essenciais para avaliação e planejamento das ações de controle pois são indicadores das áreas mais atingidas. Os municípios contavam com laboratório próprio para as análises clínicas evitando a burocracia de enviar as amostras coletadas para os laboratórios centrais. Para o tratamento dos casos humanos positivos para *S. mansoni*, a droga específica - Praziquantel® - não se encontrava disponível em nenhum município, para atender as demandas espontâneas ou a gerada pelo PCE. Esta é uma falha crucial e que contribui para o descrédito do programa perante os usuários, ansiosos por serem medicados após o diagnóstico. Este medicamento faz parte do Programa Estratégico do M.S. estando disponível nas GERES. A falta de planejamento é o motivo pelo qual os municípios não puderam se organizar para solicitar antecipadamente a droga, mediante o cálculo da demanda anterior. A aquisição de materiais deve ser uma atividade planejada no início de cada ano uma vez que as atividades são pactuadas com a SES/PE e deveriam estar imbuídas na rotina dos municípios

endêmicos. Como a compra destes materiais não é onerosa, o custo-benefício indica ser mais vantajoso impedir que as pessoas se contaminem ou que evoluam para formas graves.

Nenhum dos municípios possuía material para realização do controle do molusco vetor da esquistossomose, o que revelou que esta atividade não está incorporada à rotina dos serviços. Mesmo cientes que o M.S. preconiza o controle dos moluscos em localidades com mais de 25% de prevalência essa recomendação é negligenciada e nenhum dos técnicos demonstrou interesse em implantá-la.

O fato dos municípios terem demonstrado que utilizam o SISPCE para digitar os resultados das ações realizadas é de suma importância porque o repasse de recursos do TFVS depende das informações enviadas para os níveis centrais.

Pode-se observar que dentre os poucos profissionais treinados em Escada e em Goiana, nenhum pertencia às equipes de PACS/PSF o que indica que eles não foram treinados para suas funções específicas (diagnóstico e tratamento), nem receberam informações sobre o funcionamento do PCE. Este fato favorece a desagregação das atividades da vigilância com as atividades do PACS/PSF, em desacordo com o que preconiza a portaria nº 1.399: <sup>15</sup>

Art. 22: incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle de doenças às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde PACS e Programa de Saúde da Família – PSF.

Essa desagregação parece ser um ponto crucial nos serviços, conforme observado Chiaravalloti Neto *et al* (2007) <sup>24</sup> no discurso dos ASA: descompassos entre as atribuições, desempenho de tarefas, falta de reconhecimento do trabalho, disparidade entre os salários e diferenciação no treinamento. Meneses (2005) <sup>25</sup>, avaliando o sistema de vigilância epidemiológica da esquistossomose na Bahia, também verificou a falta de entrosamento entre as equipes de vigilância e atenção.

O GI insatisfatório detectado nos municípios avaliados constitui-se num impasse para a realização das atividades de controle da esquistossomose em Pernambuco, sendo necessário

maior investimento por parte dos gestores municipais no intuito de superar grande parte dos problemas identificados.

Na *análise do processo* ficou evidenciado que os técnicos responsáveis pela gerência do PCE desconheciam o componente *delimitação epidemiológica*, atividade que deveria ser prioritariamente observada em municípios endêmicos para esquistossomose. O planejamento das ações de controle ficou prejudicado diante da ausência de critérios epidemiológicos para a classificação das áreas e a tomada de decisões pertinentes. Os critérios adotados pelos municípios investigados eram baseados em informações empíricas, comprometendo o processo de escolha das áreas para intervenção. Como resultado, o ciclo de transmissão da doença nesses municípios será restabelecido dentro de pouco tempo e os níveis de prevalência serão mantidos.

Os técnicos de Goiana perceberam o potencial de transmissão nas áreas urbanas incluindo-as nas ações de controle. Esta iniciativa, assim como a estratégia para aumentar a adesão ao programa fazendo a identificação personalizada dos potes coletores, pode prevenir o estabelecimento de focos urbanos e aumentar a adesão ao programa. Na avaliação do cumprimento das metas proposta pela SES/PE, e pactuada na PAVS (número mínimo de exames que o município deveria fazer para interromper a transmissão), verificou-se que não existem critérios para a definição das metas, a mesma se dá de modo arbitrário. Constatou-se que Goiana cumpriu o pactuado para o ano de 2008, ao contrário de Escada que não realizou os 80% mínimos recomendados pelo M.S., talvez como reflexo da deficiência na comunicação com equipes de PACS/PSF. De modo geral as coberturas populacionais médias anuais foram muito baixas e apesar dos dois municípios terem realizado inquéritos que cobriram a população rural endêmica, o intervalo de tempo entre eles foi superior a 2 anos o que induz a estabilização dos níveis de transmissão. Em Goiana o tratamento dos pacientes por uma médica fora do programa evidencia as dissonâncias nas atividades de controle, entre

os municípios. Quinino et al (*no prelo*)<sup>26</sup>, avaliando o PCE na Região Metropolitana do Recife e Farias et al (2007)<sup>17</sup>, avaliando as ações de controle da esquistossomose na Bahia, Sergipe, Alagoas e Pernambuco, constataram que estados e municípios não têm conseguido desenvolver políticas específicas e harmonizadas para as ações de controle dessa helmintíase.

A vigilância epidemiológica, que deveria ser realizada nas áreas não endêmicas ou de foco, ficou prejudicada porque os municípios não fazem a delimitação das áreas de risco e não investigam os casos graves e óbitos provenientes destas áreas.

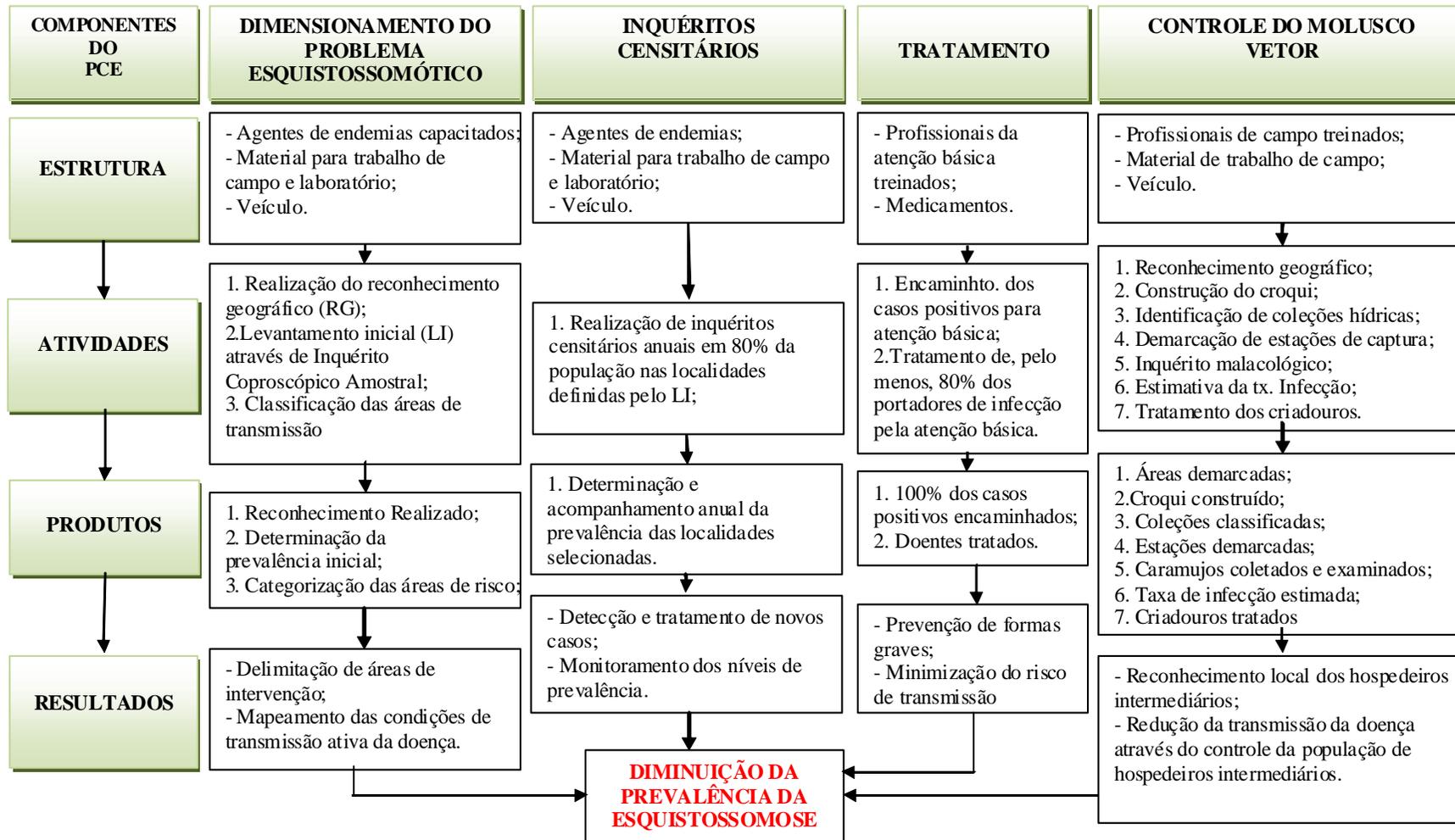
Os achados desta pesquisa sugerem a necessidade de uma maior reflexão sobre a filosofia, os propósitos e a participação das instancias gestoras no Programa de Controle da Esquistossomose em alguns municípios do estado de Pernambuco.

## REFERÊNCIAS

- 1- BARBOSA, C.S.; SILVA, C.B.; BARBOSA, F.S. Esquistossomose: reprodução e expansão da endemia no Estado de Pernambuco, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, p. 609-616, 1996.
- 2- BARBOSA, C.S.; SILVA, C.B. Epidemiologia da esquistossomose mansônica no engenho Bela Rosa, Município de São Lourenço da Mata, PE. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 83-87, 1992.
- 3- RESENDES, A.P.C.; SOUZA-SANTOS, R.; BARBOSA, C.S. Internação hospitalar e mortalidade por esquistossomose mansônica no Estado de Pernambuco, Brasil, 1999/2000. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, p. 392-401, 2005.
- 4 - BARBOSA, C. S.; FAVRE, T. C. ; wanderley TN ; CALLOU AN ; PIERI, O. S. . Assessment of schistosomiasis through scholl surveys in the forest zone of Pernambuco, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 101, p. 55-62, 2006.
- 5- ARAUJO K ; rosa e silva c ; BARBOSA, C. S. ; FERRARI TCA . Clinical-epidemiological profile of children with schistosomial myeloradiculopathy attended at the Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 101, p. 149-156, 2006.
- 6- GONÇALVES JF, SANTANA W, BARBOSA CS, COUTINHO A. Esquistossomose aguda, de caráter episódico, na Ilha de Itamaracá, Estado de Pernambuco. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, p. 424-425, 1991.
- 7- BARBOSA, C. S. ; ARAUJO K ; FAVRE, T. C. ; PIERI, O. S. . Spatial distribution of schistosomiasis foci on Itamaracá Island, Pernambuco, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 99, p. 79-83, 2004.

- 8- BARBOSA, C. S. ; PIERI, O. S. ; BARBOSA, F. S. . Ecoepidemiologia da esquistossomose urbana na ilha de Itamaracá, Estado de Pernambuco. *Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 337-341, 2000.
- 9- BARBOSA, C.S, DOMINGUES, A.L.C; ABATH, F. MONTENEGRO, S.M.L; GUIDA, U.; CARNEIRO, J *et al.* Epidemia de esquistossomose aguda na praia de Porto de Galinhas, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, p. 725-728, 2001.
- 10- SAMICO, M.J.A. Estudo da distribuição dos planorbídeos transmissores do *S. mansoni* em Piedade, Jaboatão dos Guararapes, Pe. Recife, 1989. Monografia (Bacharelado) - Faculdade de Filosofia do Recife, Pernambuco, 1989.
- 11- TEIXEIRA, M. G. L. C.; PAIM, J. S. Os programas especiais e o novo modelo assistencial. *Cadernos de saúde pública*, 1990, v. 6, n. 3: 264-77.
- 12- FAVRE, T. C. et al. Avaliação das ações de controle da esquistossomose implementadas entre 1977 e 1996 na área endêmica de Pernambuco, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 34, n. 6, p. 569-576 nov./dic. 2001.
- 13- ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JÚNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Revista Panamericana de saúde pública*, Washington, v. 8, n. 1-2, p. 53-59, 2000.
- 14- SILVA, Z. P. O município e a descentralização. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 81-87, nov. 1996.
- 15- BRASIL. Congresso Nacional. Portaria nº 1399. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças [acessado em 2009]. Disponível em: <http://www.rebidia.org.br/noticias/saude/port1399.html>.
- 16 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de atenção à saúde. *Cadernos de atenção básica n.º 21* – Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Série A. Normas e Manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 199 p.
- 17 - FARIAS, L. M. M. et al. Análise Preliminar do sistema de informação do programa de controle da esquistossomose no período de 1999 a 2003. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 235-239, jan. 2007.
- 18- CONTRANDIOPULOS, A. P et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In. HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em saúde - Dos modelos teóricos à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. cap. 2, p. 29 – 47.
- 19- ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. *Evaluation: A systematic approach*. Beverly Hills: Sage, 1985.

- 20- PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA ZONA DA MATA – PROMATA. *Zona da mata: visão geral*. Disponível em: < <http://www.promata.pe.gov.br/>> Acesso em 20 de out. 2008.
- 21- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Controle da esquistossomose - diretrizes técnicas. Brasília: Ministério da Saúde (DF); 1998.
- 22- BRASIL. Congresso Nacional. Portaria nº 64, de 30 de maio de 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0064\\_30\\_05\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0064_30_05_2008.html)> Acesso em 12 de jul. de 2009a.
- 23- BRASIL. Congresso Nacional. Portaria nº 1172, de 15 de junho de 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1172.htm>. Acesso em 05 de agosto de 2009b.
- 24 - CHIARAVALLI NETO, A. O Programa de Controle do Dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil: dificuldades para a atuação dos agentes e adesão da população. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1656-1664, jul. 2007.
- 25 - 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.
- 26- QUININO, L. R. M. et al. Avaliação das atividades de rotina do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, entre 2003 e 2005. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 18, n. 4, set/ dez. 2009, *no prelo*.



Modelo lógico do PCE. (continua) Fonte: autora do trabalho.

Figura 1.

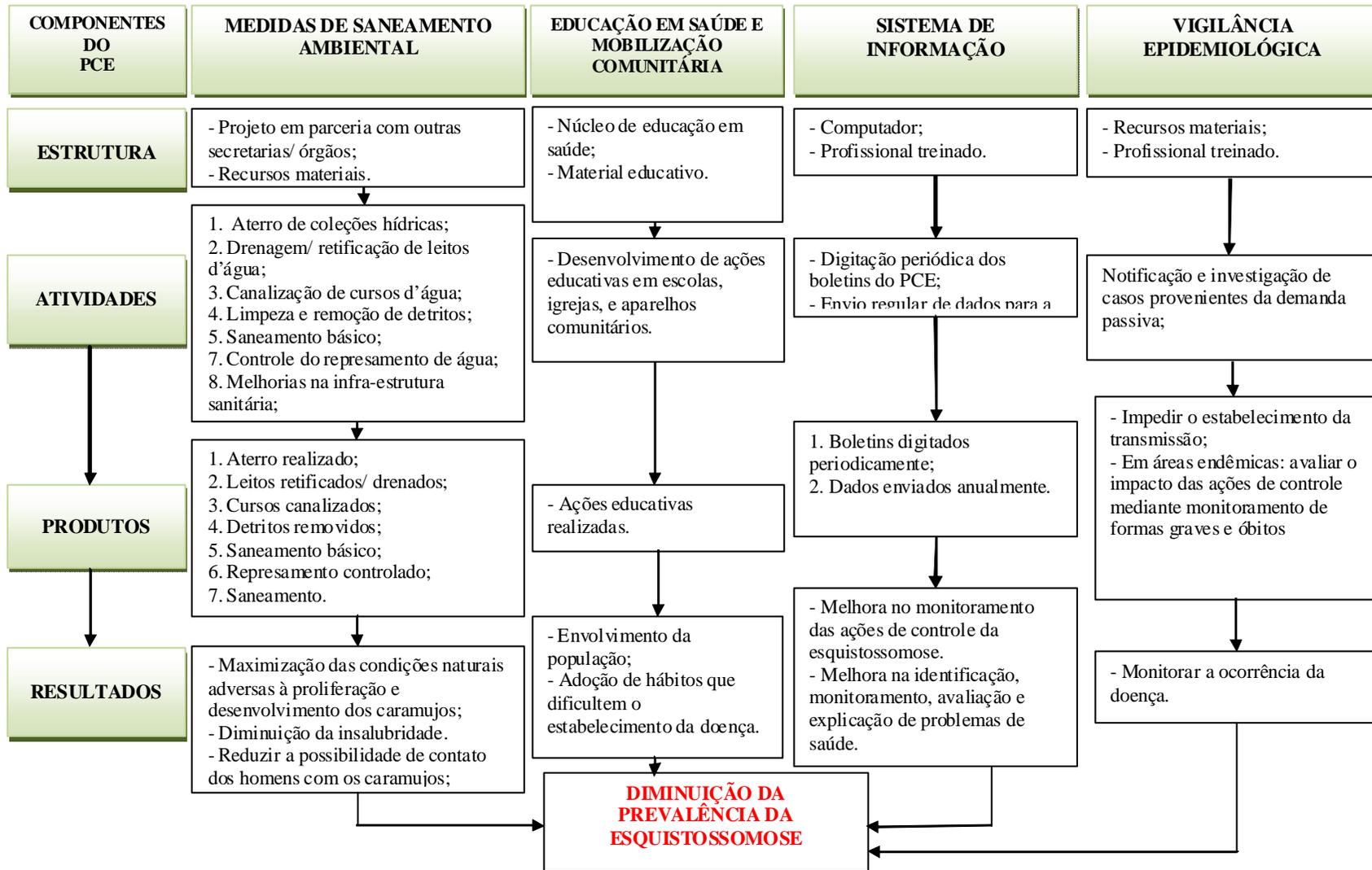


Figura 1. Modelo lógico do PCE. Conclusão. Fonte: autora do trabalho.

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA DO COMPONENTE	PONTUAÇÃO ATINGIDA/ GOIANA	PONTUAÇÃO ATINGIDA/ ESCADA
RECURSOS MATERIAIS	Potes	02	00	01
	Etiquetas marcadoras	02	00	00
	Formulário PCE 101	02	02	02
	Veículo	02	02	01
	Mapa	02	00	00
	Croqui	02	00	00
	Laboratório Municipal	05	05	05
	Material de laboratório	14	10	08
	Praziquantel	02	00	00
	Material Malacologia	06	00	00
	Computador	02	02	02
	NESMS implantado/ profissional treinado	02	00	00
	Material educativo	02	02	02
EQUIPE DE TRABALHO	Coordenador do PCE	05	05	05
	Agente de Saúde Ambiental	05	05	05
	Motorista	05	05	2,5
	Técnico de Laboratório	05	05	05
	Auxiliar de Laboratório	05	05	00
	NESMS	05	00	00
	Digitador	05	05	05
INDICADORES DE COBERTURA DE HABILITAÇÃO PROFISSIONAL	ASA	02	00	02
	Médicos	02	00	00
	Enfermeiros	02	00	00
	ACS	02	00	00
	Coord. endemias/pce	02	00	02
	Gerente vigilância	02	02	00
	Laboratorista	02	02	02
	Aux.laboratório	02	00	00
	Educadores	02	00	00
Digitadores	02	00	02	
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		<b>100</b>	<b>62,0</b>	<b>51,5</b>

Figura 2. Distribuição da pontuação atingida por cada sub-componente da dimensão estrutura e pontuação total atingida pela dimensão estrutura nos municípios de Escada e Goiana. Escada e Goiana, 2009.

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	PONT. MÁX.	PONT./ GOIANA	PONT./ ESCADA
DELIMITAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	Realização de inquérito coproscópico amostral	3,5	00	00
INQUÉRITOS COPROSCÓPICOS CENSITÁRIOS	Uso de critérios para escolher áreas	05	5,0	5,0
	Planejamento de ações antes de ir ao campo	05	5,0	5,0
	Cumprimento do intervalo de dois anos	05	00	00
	Cobertura de áreas rurais e urbanas	05	5,0	2,5
	Uso de mecanismos para diminuir a perda de potes	05	5,0	5,0
	Cumprimento da meta proposta pela SES	05	5,0	5,0
	Cobertura de 80% da população rural no período trabalhado	05	5,0	5,0
	Encaminhamento de pacientes para o tratamento (ESF)	05	2,5	5,0
CONTROLE DO MOLUSCO	Garantia de coproscopia de controle	05	5,0	2,5
	Demarcação de estações de captura	3,5	00	00
	Realização de coleta periódica de caramujos para identificação da tx de infecção	3,5	00	00
SANEAMENTO	Realização de ações de controle do molusco	3,5	00	00
	Realização de ações de saneamento	3,5	00	0,0
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Realização de atividades educativas comprovadas em atas	3,5	3,5	3,5
	Existência de parcerias com ONGs, associações de moradores, etc.	3,5	00	00
SISPCE	SISPCE implantado	3,5	3,5	3,5
	Digitação de casos provenientes de demanda passiva no SISPCE	3,5	3,5	00
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Investigação de casos graves/ óbitos	1,75	00	00
	Digitação de casos graves no SINAN	1,75	1,75	1,75
INDICADORES DE COBERTURA	Percentual médio da população trabalhada	5,0	00	00
	Percentual médio de amostras recolhidas	5,0	5,0	2,5
	Cobertura de tratamento	5,0	5,0	2,5
	Periodicidade do fluxo	5,0	5,0	5,0
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		<b>100</b>	<b>64,75</b>	<b>53,75</b>

Figura 3. Distribuição da pontuação atingida por cada sub-componente da dimensão processo e pontuação total atingida pela dimensão processo nos municípios de Escada e Goiana. Escada e Goiana, 2009.