



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

JÚLIA RAFAELLY DE MATOS BARBOSA JORDÃO

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DAS AÇÕES DE
CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE NA ATENÇÃO
BÁSICA EM UM MUNICÍPIO ENDÊMICO DA ZONA DA
MATA PERNAMBUCANA**

RECIFE
2014

JÚLIA RAFAELLY DE MATOS BARBOSA JORDÃO

**Avaliação de Desempenho das Ações de Controle da
Esquistossomose na Atenção Básica em um município
endêmico da Zona da Mata Pernambucana**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientador: Dra. Isabella Chagas Samico

Coorientadora : Dra. Louisiana Quinino

RECIFE
2014

Ficha Catalográfica
Preparada pela Biblioteca Ana Bove
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

J82a Jordão, Júlia Rafaelly de Matos Barbosa

Avaliação de desempenho das ações de controle da esquistossomose na atenção básica em um município endêmico da Zona da Mata Pernambucana / Júlia Rafaelly de M. Barbosa Jordão ; orientadora Isabella Chagas Samico; coorientadora Louisiana Quinino. – Recife : Do Autor, 2014.
101 p.: il.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2014.

1. Avaliação em saúde. 2. Vigilância em saúde pública. 3. Esquistossomose. I. Samico, Isabella Chagas, orientadora. II. Quinino, Louisiana, coorientadora. III. Título.

CDD 362.1072

JÚLIA RAFAELLY DE MATOS BARBOSA JORDÃO

**Avaliação de Desempenho das Ações de Controle da
Esquistossomose na Atenção Básica em um município
endêmico da Zona da Mata Pernambucana**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Aprovada em 20 de outubro de 2014

BANCA EXAMINADORA

Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo - UFPE

Dra. Luciana Santos Dubeux - IMIP

Dra. Isabella Chagas Samico - IMIP

Dedicatória

Dedico este trabalho ao Senhor Jesus por me conduzir durante toda essa jornada permitindo que este sonho se tornasse realidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida,

Aos meus pais, Maria Lúcia e Salvino (in memoriam), que me deram, com muito esforço, condições de chegar aonde cheguei e pelo apoio incondicional de sempre.

À Pedro e Mariana meus filhos amados, pela compreensão durante as minhas ausências.

Ao meu amado marido Eduardo, obrigada pelo apoio durante esta jornada e pelas palavras de incentivo.

Aos meus familiares pela torcida.

Aos amigos conquistados durante as aulas do Mestrado, que bom conhecê-los, já estão em um lugar especial no meu coração.

À Dr^a. Isabella Chagas Samico, minha orientadora e à Dr^a Louisiana Quinino, minha co-orientadora, obrigada pelas orientações, pelo conhecimento transmitido e também muito obrigada pela confiança depositada em mim.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo e Dra. Luciana Santos Dubeux, obrigada pela colaboração na melhoria do trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Avaliação do IMIP, aprendi muito com vocês.

À Secretaria Estadual de Saúde em especial à Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, à XII Gerência Regional de Saúde e à Coordenação Estadual de Esquistossomose pela parceria técnico-científica.

À Secretaria Municipal de Saúde de Timbaúba pelo espaço e apoio no desenvolvimento desta pesquisa.

Obrigada!

"O saber deve ser como um rio, cujas águas doces, grossas, copiosas, transbordem do indivíduo, e se espraíem, estancando a sede dos outros. Sem um fim social, o saber será a maior das futilidades."

(Gilberto Freyre)

RESUMO

Objetivo: Avaliar o desempenho das Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica no município de Timbaúba, Pernambuco, no ano de 2013.

Método: Estudo avaliativo de abordagem quantitativa, que utilizou o Modelo multidimensional de Avaliação Global e Integral do Desempenho de Sistemas de Saúde – EGIPSS utilizando suas quatro funções essenciais (adaptação, produção, manutenção de valores e alcance de metas), as dimensões específicas para cada função e as interrelações entre elas. Foi elaborado um Modelo Lógico e uma Matriz de Análise e Julgamento com critérios, indicadores, parâmetros e pontos de corte. A coleta dos dados foi realizada por meio de análise de documentos, dos sistemas de informação em saúde e entrevistas com profissionais da gestão, da vigilância em saúde e da atenção básica. O nível do desempenho foi obtido considerando-se as seguintes classificações: Para cada função: Bom: igual ou maior que 18 pontos; Regular: de 17 a 10 pontos; Ruim: igual ou menor que 09 pontos. Para desempenho final: Excelente: 75 a 100 pontos; Bom: 50 a 74 pontos; Regular: 25 a 49 pontos; Ruim: igual ou menor que 24 pontos. A partir dos resultados encontrados nas funções, correlacionou-se cada dimensão de uma função com a dimensão recíproca da outra função, identificando-se as interrelações positivas e negativas.

Resultados: Identificou-se um desempenho regular (40 pontos) das ações de controle da esquistossomose na Atenção Básica influenciado por um desempenho ruim nas funções adaptação (05 pontos) e alcance de metas (0 pontos), regular na função conservação de valores (15 pontos) e bom na função produção (20 pontos).

Conclusões: A característica multidimensional do modelo de avaliação de desempenho permitiu um julgamento elaborado através da interação entre as funções e dimensões escolhidas e sobre as qualidades essenciais e específicas que caracterizam o valor relativo da intervenção e demonstra que apesar da descentralização das ações de vigilância e a integração dessas ações com a atenção básica ter avançado em termos legais, no nível operacional ainda requer muitos esforços para a efetiva consolidação. O presente estudo forneceu informações importantes para a reflexão e criação de novas estratégias visando o controle da esquistossomose, assim como na tomada de decisão visando a melhoria da qualidade das ações desenvolvidas e ofertadas à população.

Palavras-chave: Avaliação de desempenho; Avaliação em saúde; Desempenho; Esquistossomose; Vigilância em saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the performance of Actions of Schistosomiasis Control at the primary health care in the municipality of Timbaúba, Pernambuco in 2013.

Methods: Evaluative study with a quantitative approach, using the Global Assessment and Integrated Health Systems Performance Model (*Evaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé*) - EGIPSS with its four essential functions (adaptation, production, goal attainment and values maintaining), the specific dimensions for each function and the interrelationship among them. It was elaborated a Logic Model and a Matrix of Analysis and Judgment with criteria, indicators, standards and cutoff points. Data collection was carried out through analysis of documents and health information systems and interviews with professionals of management, health surveillance and primary health care sectors. The degree of performance considered the following classifications: For each function: Good: equal or more than 18 points; Regular: from 17 to 10 points; Poor: equal or less than 09 points. For the final performance: Excellent: 75 to 100 points; Good: 50 to 74 points; Regular: 25 to 49 points; Poor: equal or less than 24 points. Taking into account the results of the functions, it was developed a correlation of each dimension of a function with the related dimension of another function and identified the positive and negative interrelationships.

Results: The performance of actions of schistosomiasis control at the primary health care was regular (40 points) influenced by a poor performance in adaptation (05 points) and goal attainment (0 points), regular for values maintaining (15 points) and good for production function (20 points).

Conclusions: The multidimensional feature of the evaluation performance model allowed a judgment developed through interaction among the selected functions and dimensions and about essential and specific qualities that characterize the relative value of the intervention. It shows that, a part from the legal progress of decentralization of surveillance actions and its integration with the primary health care, in the operational level it still demands many efforts towards effective consolidation. This study provided important information on the thinking and development of new strategies for schistosomiasis control as well as for decision making to improve the quality of actions being developed and offered to the population.

Key words: Performance evaluation; Health evaluation; Performance; Schistosomiasis; Health surveillance

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASA	Agente de Saúde Ambiental
CNS	Conferência Nacional de Saúde Desempenho dos Serviços de Saúde
EGIPSS	Elementos de Arquitetura do Sistema de Avaliação de
ESF	Equipe de Saúde da Família
<i>et al</i>	Colaboradores
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GERES	Gerência Regional de Saúde
HDA	Hemorragia Digestiva Alta
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAVS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PCE	Programa de Controle da Esquistossomose
PECE	Programa Especial de Controle da Esquistossomose
PSF	Programa de Saúde da Família
RMR	Região Metropolitana do Recife
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPCE	Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose

SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VS	Vigilância em Saúde

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1-	Matriz de Análise e Julgamento das Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica em Timbaúba, PE.....	36
Tabela 1	Classificação do Desempenho das Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica segundo as funções de Adaptação, Produção, Conservação de Valores e Alcance de Metas. Município de Timbaúba – Pernambuco, 2013.....	45
Tabela 2-	Distribuição do Resultado dos Indicadores da Função “Adaptação”. Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica. Município de Timbaúba – Pernambuco, 2013.....	46
Tabela 3--	Distribuição do Resultado dos Indicadores da Função “Produção”. Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica. Município de Timbaúba – Pernambuco, 2013.....	47
Tabela 4-	Distribuição do Resultado dos Indicadores da Função “Conservação de Valores”. Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica. Município de Timbaúba – Pernambuco, 2013.....	48
Tabela 5	Distribuição do Resultado dos Indicadores da Função “Alcance de Metas”. Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica. Município de Timbaúba – Pernambuco, 2013.....	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Distribuição da esquistossomose, de acordo com o percentual de positividade. por município. Brasil, 2010.....	14
Figura 2 -	Modelo Integrado e Global de Avaliação de Desempenho dos Serviços de Saúde – EGIPSS.....	26
Figura 3-	Modelo Lógico das Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica- Timbaúba, PE.....	34
Figura 4-	Esquema Causal das Interrelações entre as Funções do Desempenho das Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica. Município de Timbaúba – Pernambuco, 2013.....	50

SUMÁRIO

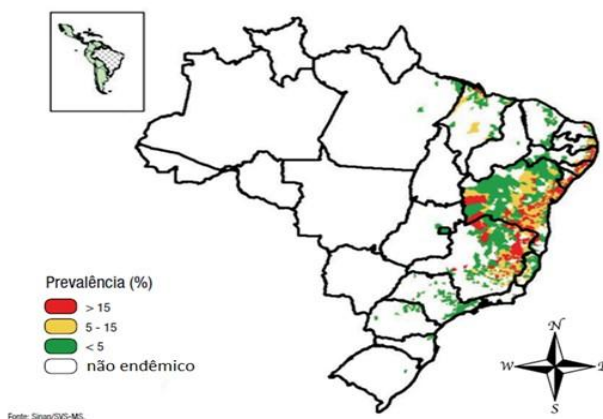
1.	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	A Esquistossomose em Pernambuco e a integração das ações de controle.....	14
1.2	Avaliação de Desempenho em Saúde.....	21
2.	JUSTIFICATIVA.....	27
3.	OBJETIVOS.....	29
4.	MÉTODOS.....	30
4.1	Local de Estudo.....	30
4.2	Crítérios de Elegibilidade do Município.....	30
4.3	Estratégia da Pesquisa.....	31
4.3.1	Desenho.....	31
4.3.2	Modelo Lógico	31
4.3.3	Matriz de Análise e Julgamento do Desempenho	36
4.3.4	Estudo dos Equilíbrios/ interrelações.....	41
4.4	Período de Estudo.....	41
4.5	Sujeitos da Pesquisa.....	41
4.6	Coleta de Dados.....	42
4.6.1	Validade do Instrumento.....	42
4.6.2	Técnicas de Coleta de Dados.....	43
4.7	Processamento e Análise dos Dados.....	43
4.8	Aspectos Éticos.....	44
5.	RESULTADOS.....	45
6.	DISCUSSÃO.....	52
7.	CONCLUSÕES	62
8.	RECOMENDAÇÕES.....	64
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
	APÊNDICES.....	76
	APÊNDICE A- Modelo Lógico Expandido.....	77
	APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
	APÊNDICE C - Questionários.....	79
	ANEXOS.....	100
	ANEXO 1 - Carta de aprovação do Comitê de Ética.....	101

1. INTRODUÇÃO

1.1 – A Esquistossomose em Pernambuco e a Integração das Ações de Controle

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a esquistossomose acometa 200 milhões de pessoas em 74 países. No Brasil, acredita-se que esta doença comprometa entre 2.500.000 e 8.000.000 milhões de pessoas ¹⁻⁷ encontradas, principalmente, nos estados Nordestinos, particularmente Alagoas, Pernambuco, Sergipe e Bahia, além do norte de Minas Gerais ⁸. No país, em números globais, tem sido demonstrada a diminuição da forma grave hepatoesplênica e da mortalidade por hemorragia digestiva alta (HDA) graças aos programas de educação em saúde e tratamento específico com drogas menos tóxicas, implementados nas áreas endêmicas ⁹.

Figura 1- Distribuição da esquistossomose, de acordo com o percentual de positividade por município. Brasil, 2010.



Fonte: SISPCE/SVS-MS

O estado de Pernambuco é endêmico para a esquistossomose mansônica, cuja helmintíase vem se pronunciando de forma relevante com importantes áreas de transmissão ativa da doença. Está presente em 101 municípios, com positivities que variam desde 32,7% a 0,2%, sendo a Zona da Mata a região mais atingida, apresentando áreas com até 80% de indivíduos parasitados. A média de casos confirmados é de 10.936/ano com o maior número de casos localizados no litoral e na Zona da Mata Norte e Sul (I, II, XII E III GERES respectivamente) com 87,6% dos casos diagnosticados¹⁰.

Em relação à morbi- mortalidade, destaca-se a persistência de formas graves da doença no estado através da detecção de casos de mielorradiculopatia esquistossomótica e do elevado número de óbitos chegando a 175 óbitos/ano no período de 2000 a 2009¹⁰. Todavia, estudos demonstram uma redução da gravidade da esquistossomose em Pernambuco, ratificada pela diminuição do número de internações hospitalares e óbitos pela doença^{11,12}. O que não significa dizer que esta endemia está sob controle no estado, pois atualmente é considerada um grave problema de saúde pública por se tratar de uma doença prevenível e tratável onde o risco de morte é uma realidade¹⁰.

Recentes notificações de episódios de esquistossomose aguda e de focos de vetores no litoral apontam, ainda, para uma expansão geográfica da endemia no Estado, com mudanças no seu perfil clínico-epidemiológico¹³ corroborado por estudo realizado nas áreas litorâneas e Região Metropolitana do Recife (RMR) que mostraram a ocorrência de casos agudos na Praia de Itamaracá¹⁴ e um surto epidêmico na Praias de Porto de Galinhas, com 662 casos da forma aguda da doença¹³.

As ações de controle da esquistossomose de forma sistemática e abrangente vêm sendo adotadas desde 1976, com a criação do Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE), pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

(SUCAM). Este programa cujas origens remetem a um tipo de administração verticalizada, tinha suas ações implementadas de forma individualizada e desintegrada^{15,16}. Seu funcionamento fundamentava-se no modelo campanhista, concebido dentro de uma visão militar com o objetivo de combater as epidemias que ameaçavam os interesses da economia agrário-exportadora e, por isso, tornou-se hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva¹⁷.

Em 1980, o PECE entra de fato na agenda do governo tornando-se um programa de rotina do Ministério da Saúde, a partir do que passou a ser denominado Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), mantendo, no entanto, a mesma metodologia e o caráter centralizador^{18,19}. No momento em que o PCE priorizou o tratamento de doentes, passou a incorporar algumas características do modelo médico-assistencial-privatista, emergente na época, caracterizado por centrar-se na demanda espontânea, ser predominantemente curativo, prejudicando o atendimento integral ao paciente, não estando organizado para atender às necessidades da população²⁰.

A década de 80 foi marcada por uma conjuntura política de transição para a democracia, caracterizada por intensas discussões acerca da estrutura do sistema de saúde, com ênfase nas formas de organização das ações e serviços, bem como, na melhoria das condições de vida e de saúde da população²¹.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida. Era um momento chave do movimento da Reforma Sanitária brasileira e da afirmação entre a garantia da saúde como direito social irrevogável que lançou os fundamentos da proposta do SUS²².

O Sistema Único de Saúde (SUS) como política do estado brasileiro, além de ampliar o conceito de saúde, reforçou seu princípio da integralidade ao definir como um

de seus objetivos garantir “*a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas*”, assumindo a importância da integralidade como princípio orientador das práticas de saúde por ser um “*conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*” como descrito na Lei Orgânica do SUS 8080/90²².

Diante deste contexto e conceito, muitas mudanças e readequações legais e operativas ocorreram, principalmente pela necessidade de adequação aos princípios da descentralização e integralidade no SUS²⁰. Sem desconsiderar a importância dos vários instrumentos utilizados e seus impactos sobre a gestão descentralizada do sistema de saúde, destaca-se a publicação da Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96) que garantiu o repasse fundo a fundo de recursos para ações exclusivas de vigilância e controle das doenças e a publicação da Portaria Ministerial nº 1.399 de 1999 que impulsionou o processo de descentralização da vigilância ao regulamentar as competências e o financiamento entre a União, Estados e Municípios na área de epidemiologia e controle de doenças^{23,24}.

O Pacto em Defesa do SUS, dimensão integrante do Pacto pela Saúde de 2006, também foi destaque nesse processo de descentralização, ao assumir como compromisso para os gestores do sistema a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, com a defesa dos princípios e diretrizes do sistema. É atribuído aos municípios, como responsabilidade na gestão do SUS, a integralidade da atenção à saúde de sua população, garantindo o cumprimento desse princípio por meio de ações prestadas de forma interdisciplinar, com abordagem integral do indivíduo²⁵.

Ainda em 2006, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica que tem a integralidade como uma das suas principais e mais marcantes características, ao prestar assistência básica integral e contínua, onde suas atividades são desenvolvidas através de equipes de multiprofissionais de maneira a permitir o desenvolvimento de responsabilidade sanitária em comunidades territorialmente bem delimitada, considerando as questões sócio-culturais de maneira programada, dinâmica e voltadas ao cuidado longitudinal das famílias da comunidade ²⁶.

Desde sua criação, os programas sistemáticos de controle da esquistossomose preocuparam-se em implementar atividades a serem realizadas pelos municípios, com destaque para 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 sobre o PCE (SISPCE). O Ministério da Saúde recomenda que todas essas ações devem ser realizadas de forma integral e equânime, e incorporadas às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Programa de Saúde da Família (PSF) ^{26,27}.

Apresentando-se como espaço privilegiado para o exercício de práticas de vigilância em saúde, a Política Nacional de Atenção Básica elege o atendimento integral à saúde da população de territórios delimitados como objeto de atuação dos profissionais das unidades de saúde. Dessa forma, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) assumiu a integração entre a atenção básica e a vigilância em saúde, como prioridade político-institucional e condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, descrita na Portaria 3.252 de 22 de Dezembro de 2009 ²⁸.

Nessa proposta, a Vigilância em Saúde vem com o objetivo de analisar permanentemente a situação de saúde da população, organizar e executar práticas adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes, sendo referencial para mudanças do modelo de atenção, a partir de ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos inseridos no cotidiano das equipes de saúde da família ²⁹.

A Atenção Básica, além dos fundamentos básicos de possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, efetivar a integralidade em seus vários aspectos, desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita e estimular a participação popular e o controle social ²⁶, tem a territorialização como ponto chave para integração das ações com a vigilância.

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da Estratégia de Saúde da Família e do processo de integração das ações da Vigilância com a Atenção Básica, pois permite a eleição de prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, o que refletirá na definição das ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e programação local, definindo prioridades, competências e atribuições a partir de uma situação atual reconhecida como inadequada tanto pelos técnicos quanto pela população, sob a ótica da qualidade de vida ³⁰ além de favorecer o estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência ³¹.

Nessas bases territoriais, a integração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACE) é fundamental para organização dos serviços. Estes agentes constituem o principal elo entre a comunidade e os serviços de saúde, sendo co - responsáveis pelas ações e informações vindas da sua área de

abrangência, e embora realizem ações comuns, há atividades específicas a cada um deles, que embora distintas, se complementam²⁹.

Tendo em vista a necessidade de fomentar a integração entre os setores, reforçada pela Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010³² que estabelece apoio financeiro para regulamentar a incorporação do Agente de Controle de Endemias (ACE) na atenção básica e fortalecer as ações de vigilância em saúde, junto às equipes de Saúde da Família e pela Portaria 3.252 de 22 de dezembro de 2009 que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde²⁸, importa pensar em como se encontra o desempenho das ações de controle na atenção básica neste cenário novo e relativamente contra-hegemônico, tal reflexão ganha forças já que as ações de vigilância e controle de endemias como a esquistossomose são, historicamente, realizadas pelas equipes de vigilância em saúde na forma de programas especiais.

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, tem apresentado problemas. Estudo realizado com ênfase nas ações de controle da esquistossomose³³ mostram várias dificuldades enfrentadas pelos municípios na operacionalização dessas ações, que incluem, principalmente, a realização das atividades de controle de forma não integral e desarticulada.

Nesse sentido, a melhoria da utilização dos serviços, a qualidade e os resultados da assistência prestada, principalmente no nível primário de atenção e a preocupação em responder a essas crescentes demandas de melhoria dos serviços³⁴ constituem motivos que justificam a avaliação do desempenho dos sistemas e serviços de saúde, sabendo que este tipo de avaliação otimiza a tomada de decisão³⁵.

1.2 Avaliação de Desempenho em Saúde

No Brasil, nos últimos anos, há um nítido movimento de crescimento do tema da avaliação na área da saúde, voltado principalmente para a realização de aferições de desempenho de políticas e programas, ainda que com características e metodologias distintas³⁶⁻³⁸.

A avaliação de políticas, programas e serviços de saúde vem ganhando centralidade na gestão de organizações do serviço público de saúde, pois entre os vários fatores determinantes envolvidos desse interesse crescente, ressalta-se a crise fiscal enfrentada pelos governos que implica na insustentabilidade do atual patamar de gastos destinados à saúde, as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS, a maior complexidade do perfil epidemiológico do país, a exigência cada vez maior do controle de gastos em saúde e a cobrança de organismos financiadores externos^{39,40}.

As decisões necessárias que atendam aos vários preceitos de um sistema de saúde complexo, são particularmente difíceis de tomar, pois envolve grandes zonas de incerteza entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-las e as expectativas crescentes da população⁴¹.

Nesse contexto, a avaliação de políticas públicas parece ser uma alternativa adequada, pois permite não somente a produção de informações com vistas à melhoria da eficácia de uma prática social, mas oferece a possibilidade de transformação dessa prática à luz dos interesses dos envolvidos considerando suas relações contextuais^{42,43}.

A seleção de um modelo ou abordagem de avaliação a ser utilizada é, por vezes, um dilema para o avaliador, pois o campo da avaliação em saúde é impregnado por uma diversidade de termos, conceitos e métodos o que está coerente com a heterogeneidade

e complexidade das intervenções em saúde ^{44,45}. Portanto a escolha do caminho metodológico a ser seguido deve ser coerente com o objeto e os propósitos do estudo avaliativo ⁴⁶.

Na literatura nacional foi proposta uma metodologia para avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro, o PROADESS – Projeto Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro – que foi baseado no modelo canadense e assume a equidade como um eixo que corta quatro grandes dimensões: determinantes de saúde, condições de saúde da população, estrutura e desempenho do sistema de saúde. Nesse contexto, o desempenho de sistemas de saúde seria estimado a partir do acesso, aceitabilidade, respeito ao direito das pessoas, da continuidade, adequação, segurança, efetividade e eficiência ⁴⁷.

As conceituações de avaliação de desempenho para a maioria dos autores são diferentes, entretanto, complementares sendo crescente o interesse em utilizar esse tipo de avaliação na área de saúde como aponta os estudos de Sicotte (1998) *apud* (Steers, 1975; Mulford, 1976; Goodman e Pennings, 1977; Cameron e Whetten, 1983; Seashore, 1993; Quinn e Rohrbaugh, 1983; Lewin e Minton, 1986; Quinn, 1988) que *citam* como exemplos, o modelo racional orientado por objetivos, o qual determina até que ponto a organização consegue utilizar seu processo de trabalho ou produção para atingir os objetivos. O modelo das relações humanas integra as partes ou grupos interessados de forma que todos se satisfaçam para a manutenção da organização. O modelo dos sistemas abertos, onde a ênfase é a organização e o ambiente externo, ou seja, aquisição de recursos sejam materiais, humanos, financeiros para o bom desempenho da organização. E ainda o modelo de decisão interna onde são valorizadas a previsibilidade, o controle e a comunicação para o bom desempenho da organização ⁴⁸.

Na tentativa de contribuir para o desenvolvimento de modelos que superem a utilização fragmentada daqueles chamados unidimensionais na avaliação do desempenho, o paradoxo gerado pela adoção de diferentes perspectivas de julgamento de critérios utilizados e a mera aferição do alcance de objetivos e metas, propõem-se a aplicação do modelo de avaliação de desempenho conforme apresentado por Contandriopoulos et al.⁴⁹.

O Modelo Integrado e Global de Avaliação de Desempenho dos Serviços de Saúde - EGIPSS, desenvolvido por Champagne e Contandriopoulos, foi inspirado na Teoria de Parsons, que em síntese, tem como elementos principais: preocupação com o modo como a ordem social pode ser legitimada, ênfase nos processos normativos, sistema social como uma pluralidade de atores individuais interagindo em uma estrutura ou ambiente, o interesse como motivação para a ação, a ação vista pela ótica do comportamento reativo fundada na cultura, a relação entre os atores e destes com o ambiente^{49,50}.

O modelo EGIPSS, apresenta a idéia de que o desempenho de um sistema de ação social é uma construção multidimensional e relacional. Sendo assim, a avaliação não deve considerar de forma isolada a mensuração dos indicadores de sucesso do sistema, mas deve considerar na sua análise as interações entre as diferentes funções deste sistema, sendo bastante oportuna e de grande utilidade.

Dessa forma, uma das principais características desse modelo é a possibilidade de abordar de forma integrada todas as funções de um sistema de saúde. Além disso, o modelo confere papel de destaque aos atores estratégicos envolvidos nos processos de interação ao introduzir a noção de equilíbrio. Assim, o estudo com a utilização desse modelo de avaliação tem sua importância demarcada, principalmente pela inexistência de modelos semelhantes no âmbito dos programas de saúde brasileiros.

Nesta perspectiva, a avaliação deve considerar não somente a mensuração dos indicadores de sucesso de cada função, mas igualmente analisar a relação dinâmica de interação entre as quatro funções de um sistema de ação, que reflete a capacidade de

governabilidade de atores estratégicos para promover trocas, negociações e estabelecer compromissos necessários para manter o equilíbrio entre as funções.

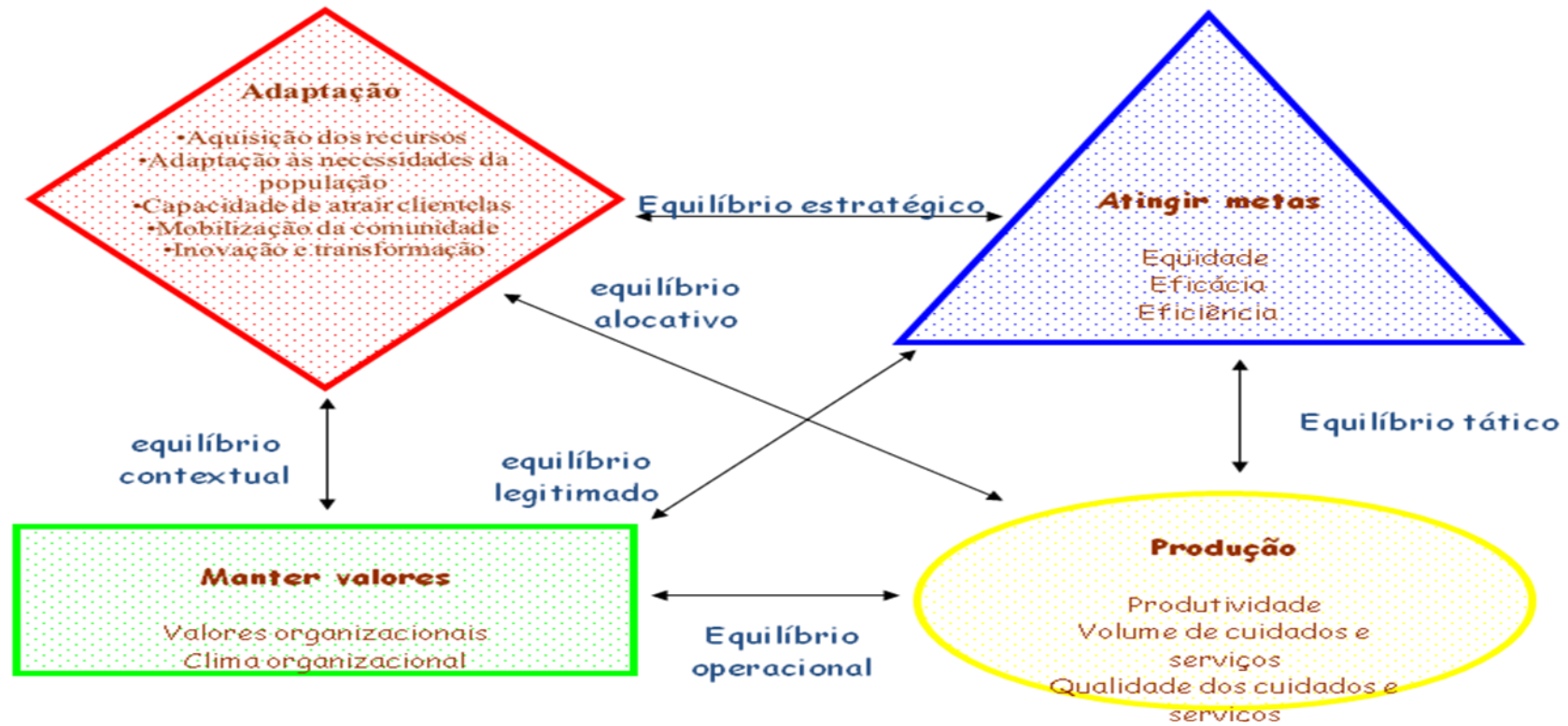
O modelo apresenta uma estrutura onde cada uma das quatro funções possui características próprias, porém interligadas. Outro importante aspecto a ser destacado diz respeito a sua abrangência, uma vez que diferentes dimensões são incluídas no modelo. Este caráter multidimensional se deve à própria natureza do objeto da avaliação, ou seja, a intervenção.

Este modelo permite avançar no que diz respeito ao esforço para tornar claros os vários mecanismos importantes na gestão de desempenho organizacional e à verificação das tensões permanentes características de organizações de saúde, além de descrever quatro funções importantes que todos os sistemas sociais (incluindo uma organização de saúde) precisam ter para sobreviver. A avaliação de desempenho proposta pelo modelo EGIPSS compreende o julgamento das quatro funções básicas: 1) adaptação: relaciona-se à capacidade de uma organização adquirir e controlar os recursos necessários, incorporar inovações e mobilizar o público alvo; 2) produção: a produção relaciona-se à capacidade de oferta de serviço, inclui o volume do cuidado, intensidade e qualidade; 3) conservação de valores: relaciona-se à capacidade de manter ou criar valores que facilitam ou dificultam a execução das três funções anteriores. 4) alcance de metas: relaciona-se à capacidade de uma organização cumprir sua missão, isto é reduzir riscos, danos e o sofrimento, promover saúde e prevenir doença.

No modelo, os processos de interação que ocorrem entre cada uma das funções são representados pelas seis modalidades de equilíbrio/interrelações. Cada modalidade pode ser compreendida da seguinte forma: a) estratégico: depende da capacidade do serviço prover os meios necessários para alcançar os objetivos; b) tático: depende da capacidade da produção controlar mecanismos que dão suporte ao alcance de objetivos;

c) operacional: depende do grau de influência da produção no clima organizacional; d) contextual: depende do grau de influência da adaptação no clima organizacional; e) alocativo: depende da capacidade do serviço prover os meios necessários para produção; f) legitimidade: reflete a capacidade dos valores organizacionais contribuírem para o alcance de objetivos⁴⁹ (Figura 2).

Fig.2 - Modelo Integrado e Global de Avaliação de Desempenho dos Serviços de Saúde – EGIPSS



Fonte: Champagne F & Contandriopoulos AP, 2010.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- A necessidade de integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica nas ações de controle da esquistossomose e a conformidade com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde de forma que contribua com a diminuição da prevalência da doença e a ocorrência de formas graves e óbitos;
- A escassez de estudos sobre o desempenho das ações de controle da esquistossomose na Atenção Básica;
- A importância de se identificar o desempenho das ações de controle da esquistossomose desenvolvidas na atenção básica para planejamento e programação das ações;
- A fragilidade da institucionalização da avaliação nos serviços de saúde;
- A capacidade do modelo EGIPSS de acomodar a complexidade das interações e conexões entre os diferentes componentes da intervenção do estudo e seus contextos;
- A relevância e possibilidade de testar o modelo EGIPSS como exercício acadêmico;

O presente estudo poderá contribuir para:

- Verificar se as ações de controle da esquistossomose estão sendo desenvolvidas na Atenção Básica conforme as normas estabelecidas;

- Identificar o desempenho das ações de controle da esquistossomose na Atenção Básica;
- Fortalecer a gestão municipal a partir da oferta de estratégias e mecanismos que reorientem a integração das práticas de Vigilância em Saúde na Atenção Básica.

Assim, este estudo se propõe a responder a seguinte pergunta condutora: Como se encontra o desempenho das ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica em um município da Zona da Mata do estado de Pernambuco?

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Avaliar o desempenho das Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica no município de Timbaúba, Pernambuco.

Objetivos Específicos:

- 1- Determinar o nível de desempenho das Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica quanto às funções de adaptação, manutenção de valores, produção e alcance de metas.
- 2- Analisar as interrelações entre as funções que constituem o desempenho das Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica.

4. MÉTODOS

4.1 Local do Estudo

O município de **Timbaúba** está localizado na mesorregião Mata e na Microrregião Mata Setentrional do estado de Pernambuco, limitando-se ao norte com o estado da Paraíba, ao sul com Vicência, a leste com Ferreiros, Aliança e Camutanga, e a oeste com Macaparana. A área municipal ocupa 319,2 km² e representa 0.32 % do estado de Pernambuco. A sede do município tem uma altitude aproximada de 102 metros, distando 88,1 km da capital, cujo acesso é feito pela BR-232/408. O município tem uma população residente total de 53.825 habitantes sendo 46 364(86,14%) na zona urbana e 7 454 (13,85%) na zona rural. Os habitantes do sexo masculino totalizam 26 158 (48,6) %, enquanto que do feminino totalizam 27 666 (51,4) %, resultando numa densidade demográfica de 168,5 hab/km². O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDH-M é de 0,649. Este índice situa o município em 53º no *ranking* estadual e em 3792º no nacional. O Índice de Exclusão Social, que é construído por pobreza, emprego formal, desigualdade, alfabetização, anos de estudo, concentração de jovens e violência é de 0,382, ocupando a 29º colocação no *ranking* estadual e a 3.445º no *ranking* nacional⁶¹.

No âmbito da atenção básica, o município conta atualmente com 20 Equipes de Saúde da Família e 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) sendo responsáveis pela cobertura de 100 % da população.

4.2 Critérios de Elegibilidade do Município

- a) Pertencer à Zona da Mata Norte Pernambucana;
- b) Não ter mudado de gestão nas duas últimas eleições municipais;
- c) Ter 100% de cobertura de ESF;

- d) Ter prevalência superior a 50 casos/ 10.000 habitantes
- e) Ter o maior número de óbitos por esquistossomose da XII GERES em 2012.

4.3 Estratégia da Pesquisa

4.3.1 Desenho

Trata-se de pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, que utilizou o modelo EGIPSS para avaliar o desempenho das ações de controle da esquistossomose na atenção básica no município de Timbaúba, Pernambuco.

4.3.2 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”⁵⁴. O processo para construção da representação visual permite que a racionalidade implícita dos programas, percebidas pelos gerentes e demais grupos implicados, seja explicitada através da busca da opinião de especialistas e inclusão de informações de pesquisas⁵³, levando-se a uma maior possibilidade de construção de acordos em relação aos componentes do programa e aos resultados da avaliação. Em suma, ele é uma maneira visual e sistemática de apresentar o link entre a intervenção e o efeito.

Através da descrição da intervenção por meio da construção de um modelo lógico teórico expandido (apêndice A) foi possível explicitar a orientação teórica que sustenta a intervenção, que é essencial à identificação das atividades estratégicas, e logo após foi construído um modelo lógico esquemático que demonstra a dinâmica da intervenção (figura 3) . Para tanto, foi realizada a especificação dos seus componentes a partir dos seguintes documentos:

- a) Cadernos de Atenção Básica nº 21²⁹;
- b) Política Nacional da Atenção Básica²⁶;
- c) Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde⁵⁶;
- d) Controle da Esquistossomose- Diretrizes Técnicas⁵⁷;
- e) Programação das Ações Prioritárias/ Vigilância em Saúde 2008⁵⁸;
- f) Portaria nº 1172, de 15 de junho de 2004⁵⁹.

O eixo orientador para a elaboração do modelo lógico da integração da Vigilância com a Atenção Básica no PCE é a **integralidade do cuidado**, a partir da qual foram definidos seis componentes que orientam as ações, de caráter operacional, a serem planejadas e pactuadas localmente. São eles: território integrado, organização do processo de trabalho, planejamento e programação, promoção à saúde, educação permanente em saúde e monitoramento e avaliação. Este modelo foi adaptado de Quinino¹¹ (2009) quando, em seu estudo, elaborou um instrumento para realização de análise de implantação do Programa de Controle da Esquistossomose.

O componente **território integrado** tem como propósito fundamental a compatibilização do território da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica. Nessas bases territoriais, a integração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACE) é fundamental para organização dos serviços, cabendo ao gestor municipal, junto com as equipes de saúde, definir a base territorial de acordo com a realidade no aspecto geográfico, cultural, social e perfil epidemiológico. Estes agentes constituem o principal elo entre a comunidade e os serviços de saúde, sendo co-responsáveis pelas ações e informações vindas da sua área de abrangência, e embora realizem ações comuns, há atividades específicas a cada um deles, que embora distintas, se complementam^{26,29,32}.

A operacionalização da integralidade do cuidado requer, necessariamente, a

organização dos processos de trabalhos, buscando-se integrar os vários atores envolvidos tanto na atenção básica quanto na vigilância em saúde. As ações aqui designadas devem ser parte das atividades rotineiras de todos os componentes das equipes de atenção básica que incluem, em diversas composições, profissionais de nível superior, de nível técnico e os agentes de saúde. Tendo os gestores e as equipes de saúde que definir claramente os papéis, competências e responsabilidades de cada um destes agentes, e de acordo com a realidade local, definir os fluxos de trabalho. Além disso, é fundamental o uso de protocolos assistenciais que proponham ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, dirigidos aos problemas mais frequentes da população. Tais protocolos devem incluir a indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função do contexto local ^{29,32}.

O **planejamento e a programação** são entendidos nessa proposta como uma ferramenta da gestão da vigilância em saúde e incorpora dois princípios fundamentais presentes na concepção da atenção básica: a co-responsabilidade sanitária e a participação social, que visa portanto a adoção da intersetorialidade como estratégia fundamental na busca da integralidade da atenção ³².

A **promoção da saúde** estreita a relação entre a vigilância em saúde e a atenção básica, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador que promove o diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade. Desse modo, formam-se redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população, em que todos são partícipes na proteção e no cuidado com a vida. A promoção da saúde visa romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde–doença, reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que neles se produzem ⁶⁰.

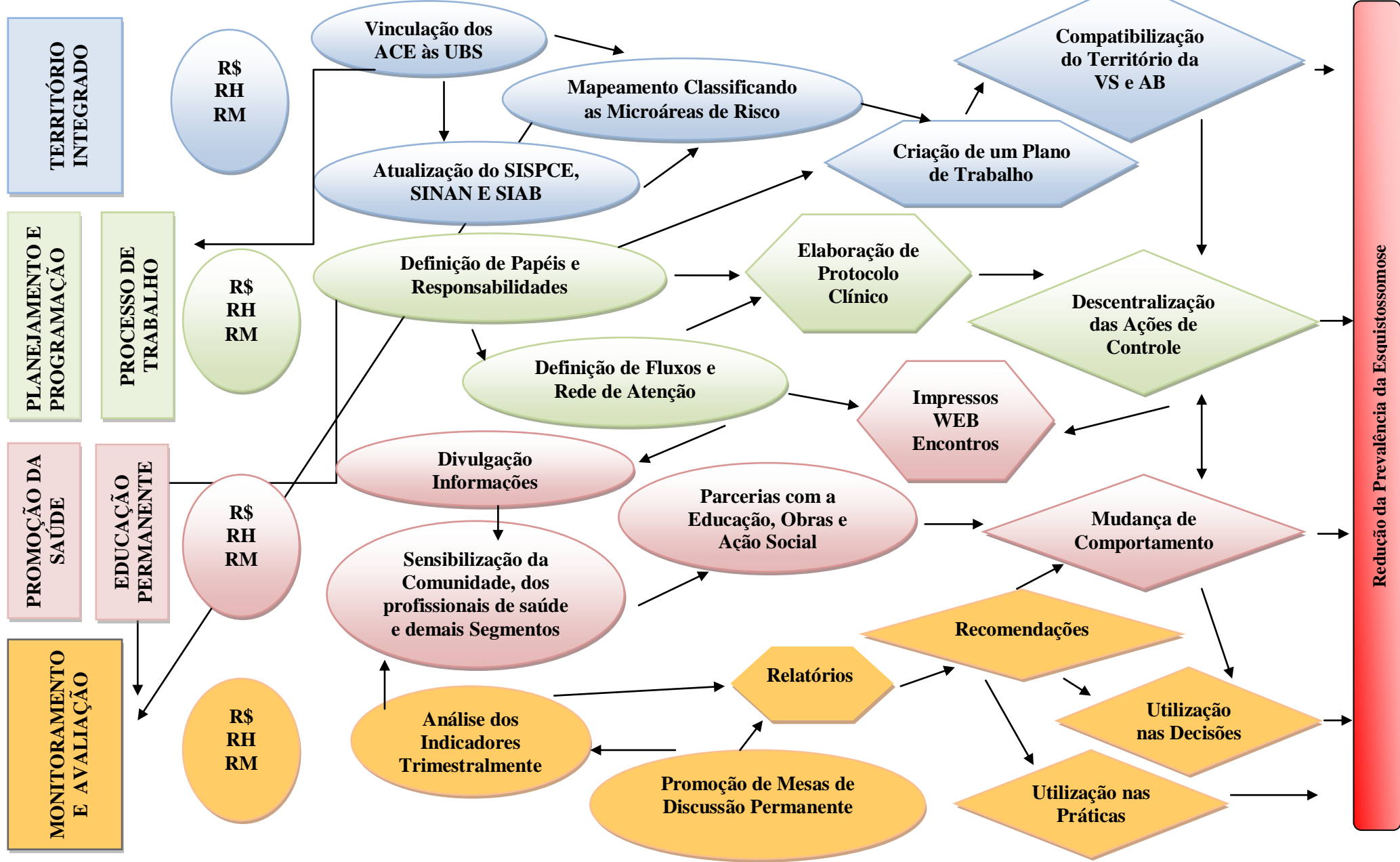
A **educação permanente** em saúde contribui para resolver os problemas

identificados no desenvolvimento das ações de integração entre atenção básica e vigilância em saúde no controle da esquistossomose, além de criar mecanismos de valorização do trabalho, seja por incentivos formais, seja pela co-gestão, o que significa a participação dos trabalhadores no processo decisório^{26,29,57,58}.

O **monitoramento e avaliação** permitem a elaboração de recomendações para o aprimoramento das ações executadas para o controle da esquistossomose, pois através e das informações em saúde, têm-se condições de adotar de forma ágil, medidas de controle da doença, bem como planejar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, subsidiando a tomada de decisões. Assim, instrumentos de gestão como processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação devem ser institucionalizados como reorientadores das práticas de saúde⁵⁸.

Fig. 3 – MODELO LÓGICO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE NA ATENÇÃO BÁSICA- TIMBAÚBA, PE

COMPONENTES	RECURSOS	PROCESSOS	PRODUTOS	RESULTADOS	
				PRÓXIMOS	ÚLTIMOS



4.3.3 Matriz de Análise e Julgamento do Desempenho

Foi elaborada uma matriz de análise e julgamento (Quadro 1) a partir do modelo lógico. Esta e tem por finalidade identificar em qual nível de desempenho o programa/intervenção se encontra através da construção de indicadores a partir do que é preconizado nas normas para o controle integral da esquistossomose contido no modelo lógico. Para tanto, foram montados indicadores de desempenho os quais foram realocados na matriz de acordo com as quatro funções exigidas no modelo EGIPSS.

Uma vez elaborados e realocados os indicadores, estabeleceram-se pontos de corte que permitiram julgar o desempenho da intervenção integrado de controle da esquistossomose a partir da comparação com o que foi estabelecido com os dados empíricos coletados. De acordo com os pontos de corte adotados, atribuiu-se uma pontuação específica que foi utilizada para definir o Grau de Desempenho das ações de controle da esquistossomose na Atenção Básica.

Quadro 1- Matriz de Análise e Julgamento do Desempenho das Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica. Timbaúba-PE, 2013

FUNÇÃO	DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR/ CÁLCULO	PARÂMETRO	PONTO DE CORTE
ADAPTAÇÃO	INOVAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO	Compatibilização do território da Vigilância em Saúde e Atenção Básica	Número de UBS com agentes de endemias vinculados/ total de unidades x 100	Todos os agentes de vigilância em Saúde vinculados às unidades básicas de saúde / saúde da família	Sim = 3,75 Não = 0
			Número de microáreas com mapeamento/ total de microáreas x 100	Mapeamento realizado com classificação das áreas de transmissão da doença por microárea na secretaria de saúde	Sim = 8,75 Não = 0
	MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE	Participação Social para as ações de Controle da Esquistossomose	Existência de fluxo de assistência divulgado para a população	Fluxos de assistência divulgados para a população	Sim= 3,75 Não= 0
			Nº de capacitações realizadas para a população incentivando a participação e o controle social sobre o tema Esquistossomose	Capacitação para a população realizada pelo menos 1 vez ao ano no território da ESF	1/ano = 3,75 Nenhuma = 0
	ATRAÇÃO DE CLIENTELAS	Incentivo às ações intersetoriais	Nº de ações intersetoriais (educação, saneamento, obras, etc) realizadas que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção à saúde e controle desse agravo	Pelo menos uma ação intersetorial realizada por ano	1/ano = 5 Nenhuma = 0

FUNÇÃO	DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR/ CÁLCULO	PARÂMETRO	PONTO DE CORTE
PRODUÇÃO	PROCESSO DE TRABALHO	Papéis e Responsabilidades da VS e da AB	Existência da definição de papéis e responsabilidades de todos os membros da ESF e VS no controle da esquistossomose	Papéis e responsabilidades de todos os membros das ESF definidos	Sim=5 Não=0
		Fluxos de Assistência e Redes de Atenção à Saúde	Existência de fluxos das redes de atenção à saúde incluindo práticas da VS voltadas para o controle da Esquistossomose	Fluxos das redes de atenção à saúde definidos	Sim=5 Não=0
		Sistemas de Informação Atualizados	Atualização das informações do SISPCE, SINAN E SIAB e utilização no planejamento das ações de controle da esquistossomose	Atualiza as informações do SISPCE, SINAN E SIAB e utiliza no planejamento das ações de controle da esquistossomose	Sim=5 Não=
	COORDENAÇÃO DA PRODUÇÃO	Agendas ou planos de trabalhos integrados	Existência de agendas ou planos de trabalho que contemplem ações estratégicas voltadas à integração e melhoria do controle da esquistossomose	Presença de agendas ou planos de trabalhos na SMS	Sim=5 Não=0
	QUALIDADE DOS SERVIÇOS	Equipe de Referência para suporte técnico/tutoria	Existência de tutoria para as ESF por meio da equipe de referência da VS e profissionais da AB	Tutoria estabelecida para as ESF por meio das equipes de referência	Sim=2,5 Não=0
		Material didático sobre as ações de controle da Esquistossomose	Existência de material didático sobre as práticas integradas de AB e VS para subsidiar os cursos de qualificação profissional voltados para o controle da esquistossomose	Material Didático atualizado e utilizado nas capacitações sobre o controle da esquistossomose pelo menos 1 vez ao ano	1/Ano = 2,5 Nenhuma =0

FUNÇÃO	DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR/ CÁLCULO	PARÂMETRO	PONTO DE CORTE
CONSERVAÇÃO DE VALORES	Consenso sobre os valores da intervenção	Necessidade de integração com a AB	Nº de profissionais da Vigilância em Saúde e Atenção Básica que consideram necessário que as ações de controle da Esquistossomose sejam realizadas de forma integrada/ número total de profissionais da Atenção Básica X100	Mais de 80% dos profissionais consideram necessário que as ações de controle da Esquistossomose sejam realizadas de forma integrada entre a VS e a AB	>de 80% = 5 Entre 80 e 50% =2,5 <de 50% dos =0
		Reconhecimento do papel da AB no Controle da Esquistossomose	Nº de ACS que reconhecem o seu papel / total de ACS x 100 ;	Mais de 80% dos ACS reconhecem seu papel	>80% = 5 < 80% dos = 0
			Nº de Profissionais de Nível Superior (Médicos e Enfermeiros) que reconhecem o seu papel/total de Profissionais de Nível Superior x100.	Mais de 80% dos profissionais de nível superior reconhecem o seu papel.	>80% = 5 < 80% dos = 0
	Clima Organizacional	Identificação de dificuldades de integração entre a VS e AB	Nº de profissionais da AB (ACS, médicos e Enfermeiros) que identificam dificuldades de integração entre a VS e a AB para realização das ações de Controle da Esquistossomose/nº total de profissionais da AB (ACS,médicos e Enfermeiros) X 100	< de 25% identifiquem dificuldades	>50% = 0 < 50% = 2,5 <25%=5
			Nº de ACE que identificam dificuldades de integração entre a VS e a AB para realização das ações de Controle da Esquistossomose / total de ACE x 100	< de 25% identifiquem dificuldades	>50% = 0 < 50% = 2,5 <25%=5

FUNÇÃO	DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR/ CÁLCULO	PARÂMETRO	PONTO DE CORTE
ALCANCE DE METAS	EFETIVIDADE	Resolubilidade da AB no controle da esquistossomose	Nº de potes coletados pelos ACS / Meta da PAVS x 100	Pelo menos 80 % dos potes coletados para realização do inquérito coproscópico	80-100% = 5 Menor que 80% = 0
			Nº de pacientes tratados /total de doentes x100	100% dos pacientes tratados pela AB	100%= 5 < 100% = 0
	EEFICÁCIA	Notificação dos casos positivos de Esquistossomose pela AB	Nº de Notificações no PCE pela ficha 108 de casos de Esquistossomose na AB	Todos os casos de Esquistossomose notificados pela AB	100%= 5 Entre 100 e 80% = 2,5 < 80%= 0
		Controle de Cura	Nº de pacientes com exames para controle de cura realizados/ total de doentes x100	100% dos doentes com exame para controle de cura realizado	100%= 5 < 100% = 0

4.3.4 Estudo dos equilíbrios/interrelações

Para o estudo das interrelações foram considerados os resultados das dimensões de uma função que estivesse relação de influência positiva e/ou negativa com a dimensão de outra função e que apresentasse coerência com a integração das ações de controle da esquistossomose na Atenção Básica de tal modo que, para analisar as diferentes formas de equilíbrio/interrelações, foi estabelecida a seguinte composição: a) estratégico – inovação e transformação, mobilização da comunidade, atração de clientelas e efetividade; b) tático – processo de trabalho, coordenação da produção, qualidade dos serviços e efetividade; c) operacional – consenso sobre os valores da intervenção, processo de trabalho, coordenação da produção e qualidade dos serviços d) contextual – inovação e transformação, mobilização da comunidade, atração de clientelas e consenso sobre os valores da intervenção ; e) alocativo – processo de trabalho, coordenação da produção, qualidade dos serviços, inovação e transformação, mobilização da comunidade e atração de clientelas; e f) legitimado – efetividade e consenso sobre os valores da intervenção.

4.4 Período de Estudo

Março de 2012 a Outubro de 2014

4.5 Sujeitos da pesquisa

Foram eleitos como informantes-chave aqueles atores envolvidos diretamente com o programa de controle da esquistossomose e a Estratégia de Saúde da Família.

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 e Coordenador de Atenção Básica: 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), Agente Comunitário de Saúde (ACS) e os Profissionais de nível superior das USF (Médicos e Enfermeiros): são aqueles que executam o programa e está diretamente em contato com a população.

4.6 Coleta de dados

Foram utilizados 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 Rotina do PCE* emitidos através do Sistema de Informação em Saúde do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE).

4.6.1 Validade do Instrumento

Devido à inexistência de um instrumento que avaliasse as ações de controle da esquistossomose na Atenção Básica, foi necessário elaborar inicialmente, o Modelo Lógico e a Matriz de Desempenho, feito com a participação de especialistas na área de avaliação e esquistossomose, e que já contribuiu para a validade de conteúdo do Instrumento de Medida, uma vez que serviu de base para sua construção.

4.6.2 Técnicas de coleta de dados

Foi utilizada a entrevista dirigida, na qual as perguntas pré-formuladas são contidas em formulários semi- estruturados. Para cada pergunta haverá espaço para anotação de outras observações fornecidas pelo entrevistado.

Tais entrevistas foram realizadas com os informantes-chave e constituíram o banco de dados que foi utilizado para a determinação do desempenho das ações de controle da Esquistossomose na Atenção Básica. Além disso, para melhorar a qualidade dos dados, também foram coletados dados oriundos da observação direta.

Os dados secundários, nos casos em que se aplique, foram coletados através dos relatórios de atividades emitidos pelo SISPCE.

4.7 Processamento e Análise dos Dados

Para medição do Desempenho das Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica, foi utilizado um sistema de escores no qual cada item (indicador) contido na matriz de desempenho recebeu uma pontuação, de acordo com a importância que este item possui para o controle da doença, de modo que a pontuação máxima recebida por cada uma das 4 funções será de 25 pontos, o que totaliza, portanto, 100 pontos como escore máximo de ser atingido.

Foi considerado a seguinte classificação quanto ao desempenho de cada função:

- Bom: igual ou maior que 18 pontos
- Regular: de 17 a 10 pontos
- Ruim: igual ou menor que 09 pontos

Para o estudo dos equilíbrios/interrelações, foram identificadas as relações que contemplem a conexão que deve existir entre as funções, através do resultado de cada

dimensão e sua respectiva interferência positiva e/ou negativa com outra dimensão das funções.

Quanto à classificação final do nível de desempenho considerou-se: de 75 a 100 pontos – desempenho excelente; 50 a 74 pontos – desempenho bom; 25 a 49 pontos – desempenho regular; e igual ou menor que 24 pontos – desempenho ruim.

Os dados foram sistematizados e analisados na forma de quadros, tabelas e gráficos, utilizando os programas Word e Excel (versões 1997).

4.8 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, protocolo N° 3240-12 (Anexo 01). Os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B).

5. RESULTADOS

As ações de controle da esquistossomose desenvolvidas pela Atenção Básica no município de Timbaúba apresentaram um nível de desempenho regular com relação ao resultado das funções do modelo EGIPSS, com destaque para as funções de produção que teve um desempenho bom, e alcance de metas e adaptação com desempenho ruim, representados pela tabela 1.

Tabela 1 – Classificação do desempenho das Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica segundo as funções de Adaptação, Produção, Conservação de Valores e Alcance de Metas. Município de Timbaúba – Pernambuco, 2013.

FUNÇÃO	PONTOS	CLASSIFICAÇÃO DO DESEMPENHO
ADAPTAÇÃO	5	RUIM
PRODUÇÃO	20	BOM
CONSERVAÇÃO DE VALORES	15	REGULAR
ALCANCE DE METAS	0	RUIM
TOTAL DE PONTOS DAS FUNÇÕES	40	REGULAR

Legenda Função:

- Bom: igual ou maior que 18 pontos
- Regular: de 17 a 10 pontos
- Ruim: igual ou menor que 09 pontos

Legenda Desempenho Final (total de pontos):

- Desempenho Excelente: 75 – 100 pontos
- Desempenho Bom: 50 – 74 pontos
- Desempenho Regular 25-49
- Desempenho Ruim \leq 24 pontos

A função adaptação representada pela tabela 2, obteve um total de 5 pontos e um desempenho ruim, e refere-se à capacidade do município de adaptar-se a estratégias de integração das ações de controle da esquistossomose através do desenvolvimento de ações de compatibilização do território da Vigilância e Atenção Básica, de mobilização da comunidade e do incentivo às ações intersetoriais para atrair clientela e apoio para o controle deste agravo.

A função de adaptação pontuou apenas no indicador de atração de clientelas ao realizar ação intersetorial visando o desenvolvimento integral das ações de promoção à saúde em esquistossomose.

Tabela 2- Distribuição do resultado dos indicadores da função “adaptação”. Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica. Município de Timbaúba – Pernambuco, 2013.

DIMENSÃO	INDICADOR	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO OBTIDA
INOVAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO	Número de UBS com agentes de endemias vinculados	3,75	0
	% microáreas com mapeamento das áreas de risco pra esquistossomose	8,75	0
MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE	Existência de fluxo de assistência divulgado para a população	3,75	0
	Nº de capacitações realizadas para a população incentivando a participação e o controle social sobre o tema Esquistossomose	3,75	0
ATRAÇÃO DE CLIENTELAS	Nº de ações intersetoriais (educação, saneamento, obras, etc) realizadas que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção à saúde e controle desse agravo	5	5
TOTAL DA FUNÇÃO		25	5

Legenda:

- Bom: igual ou maior que 18 pontos
- Regular: de 17 a 10 pontos
- Ruim: igual ou menor que 09 pontos

A função produção pode ser definida pela capacidade de oferta de serviços de integração das ações de controle da esquistossomose na atenção básica, e obteve um desempenho bom com um total de 20 pontos alcançados na soma dos resultados de seus indicadores como representa a tabela 3.

Todos os indicadores dessa função alcançaram a pontuação máxima esperada, à exceção do indicador relacionado à dimensão coordenação da produção que não pontuou e refere-se à organização do serviço e o uso hierárquico dos níveis de cuidado através da criação de agendas ou planos de trabalho que contemplem ações estratégicas voltadas à integração e melhoria do controle da esquistossomose.

Tabela 3 - Distribuição do resultado dos indicadores da função “produção”. Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica. Município de Timbaúba – Pernambuco, 2013.

DIMENSÃO	INDICADOR	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO OBTIDA
PROCESSO DE TRABALHO	Existência da definição de papéis e responsabilidades de todos os membros da ESF e VS no controle da esquistossomose	5	5
	Existência de fluxos das redes de atenção à saúde incluindo práticas da VS voltadas para o controle da Esquistossomose	5	5
	Atualização das informações do SISPCE, SINAN E SIAB e utilização no planejamento das ações de controle da esquistossomose	5	5
COORDENAÇÃO DA PRODUÇÃO	Existência de agendas ou planos de trabalho que contemplem ações estratégicas voltadas à integração e melhoria do controle da esquistossomose	5	0
QUALIDADE DOS SERVIÇOS	Existência de tutoria para as ESF por meio da equipe de referência da VS e profissionais da AB	2,5	2,5
	Existência de material didático sobre as práticas integradas de AB e VS para subsidiar os cursos de qualificação profissional voltados para o controle da esquistossomose	2,5	2,5
TOTAL DA FUNÇÃO		25	20

Legenda:

- Bom: igual ou maior que 18 pontos
- Regular: de 17 a 10 pontos
- Ruim: igual ou menor que 09 pontos

A função conservação dos valores relaciona-se à capacidade de manter ou criar valores que facilitam ou dificultam a execução das demais funções e apresentou um desempenho regular recebendo um total de 15 pontos como mostra a tabela 4.

O clima organizacional foi a dimensão desta função que não pontuou, e está relacionada à identificação de dificuldades de integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica para realização das ações de controle da esquistossomose no município.

Tabela 4- Distribuição do resultado dos indicadores da função “conservação de valores”. Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica. Município de Timbaúba – Pernambuco, 2013.

DIMENSÃO	INDICADOR	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO OBTIDA
Consenso sobre os valores da intervenção	% de profissionais da Vigilância em Saúde e Atenção Básica que consideram necessário que as ações de controle da Esquistossomose sejam realizadas de forma integrada	5	5
	% de ACS que reconhecem o seu papel no controle da Esquistossomose	5	5
	% de Profissionais de Nível Superior (Médicos e Enfermeiros) que reconhecem o seu papel	5	5
Clima Organizacional	% de profissionais da AB (ACS, médicos e Enfermeiros) que identificam dificuldades de integração entre a VS e a AB para realização das ações de Controle da Esquistossomose	5	0
	% de ACE que identificam dificuldades de integração entre a VS e a AB para realização das ações de Controle da Esquistossomose	5	0
TOTAL DA FUNÇÃO		25	15

Legenda:

- Bom: igual ou maior que 18 pontos
- Regular: de 17 a 10 pontos
- Ruim: igual ou menor que 09 pontos

A função alcance de metas não pontuou em nenhum dos indicadores e apresentou desempenho ruim como demonstrado na tabela 5. Esta função refere-se à capacidade de resolubilidade da Atenção Básica no controle da esquistossomose, da notificação dos casos positivos pelas equipes de saúde da família e a realização do controle de cura da doença.

Tabela 5- Distribuição do resultado dos indicadores da função “alcance de metas”. Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica. Município de Timbaúba – Pernambuco, 2013.

DIMENSÃO	INDICADOR	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO OBTIDA
Efetividade	Nº de potes coletados pelos ACS / Meta da PAVS x 100	10	0
	Nº de pacientes tratados /total de doentes x100	5	0
Eficácia	Nº de Notificações no PCE pela ficha 108 de casos de Esquistossomose na AB	5	0
	Nº de pacientes com exames para controle de cura realizados/ total de doentes x100	5	0
TOTAL DA FUNÇÃO		25	0

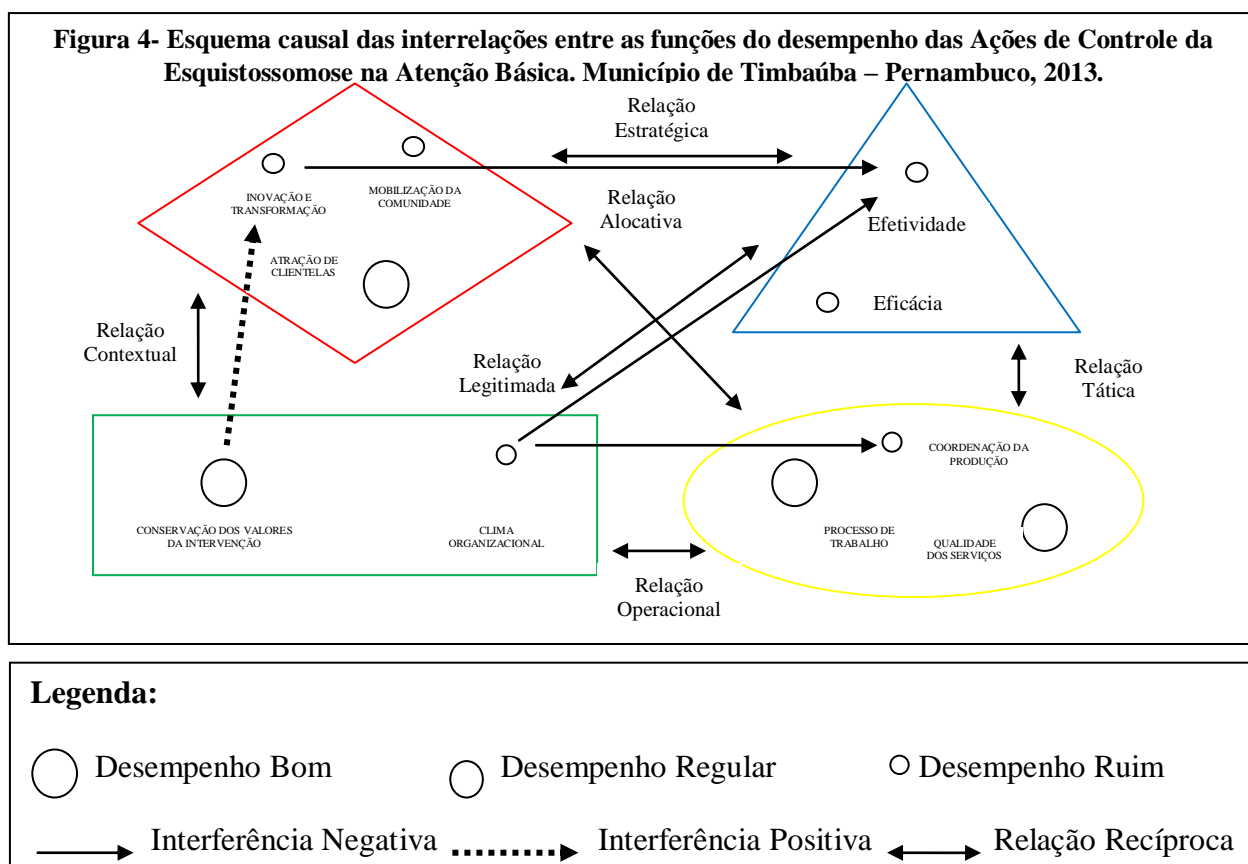
Legenda:

- Bom: igual ou maior que 18 pontos
- Regular: de 17 a 10 pontos
- Ruim: igual ou menor que 09 pontos

A análise das funções acima e o nível de desempenho alcançado por cada uma

delas por si só, são insuficientes para avaliar o desempenho da integração das ações de controle da esquistossomose na atenção básica sendo essencial considerar as interrelações existentes entre as funções para que a organização sobreviva.

As funções de Adaptação, Produção, Conservação de Valores e Alcance de Metas apresentam relações entre si sendo contextual a relação de interferência positiva da conservação de valores da intervenção com a inovação e transformação; operacional através da interferência negativa do clima organizacional com a dimensão de coordenação da produção; estratégica pela interferência negativa da inovação e transformação com a dimensão de eficácia; e legitimada pela interferência do resultado negativo da dimensão clima organizacional com a efetividade. como representado na Figura 6 que apresenta um esquema causal das interrelações entre as funções.



A relação contextual entre a função conservação de valores e adaptação pode ser explicada pelo fato de que mais de 80 % dos profissionais da atenção básica e da vigilância em saúde, consideram necessário que as ações de controle da esquistossomose sejam realizadas de forma integrada, para que haja um controle efetivo da esquistossomose e isto poderá interferir positivamente na capacidade de inovação e transformação da organização em compatibilizar o território da vigilância em saúde e atenção básica.

Na relação operacional entre as funções conservação de valores e produção, percebe-se uma interferência negativa do clima organizacional, ou seja, a identificação por parte dos profissionais de atenção básica e vigilância de dificuldades em realizar as ações para o controle da esquistossomose de forma integrada que por sua vez contribui para a inexistência de agendas ou planos de trabalho que contemplem essas ações.

A relação estratégica, representada pela falta de compatibilização do território da atenção básica e da vigilância para o desenvolvimento das ações de controle da esquistossomose, sinaliza para uma interferência negativa para o alcance da meta de potes coletados pelos ACS, conforme meta pactuada na PAVS

A relação legitimada relaciona-se com a interferência negativa do clima organizacional, definido pelas dificuldades de integração das ações de controle da esquistossomose entre a atenção básica e a vigilância, com o desempenho ruim da efetividade da intervenção pelo não cumprimento da meta de coleta de potes pelos ACS.

6. DISCUSSÃO

O caráter multidimensional do modelo EGIPSS proposto pelo estudo nos permite avançar no sentido de tornar claros os vários mecanismos importantes para um bom funcionamento dos serviços/sistemas de saúde e sua capacidade de interrelação das suas funções, ampliando, assim, o escopo dos tipos de avaliação que, tradicionalmente, restringe-se à análise de um julgamento, cujo veredicto baseia-se apenas numa comparação entre aquilo que se deseja avaliar e uma situação ideal ou equivalente.

Um dos limites deste estudo foi a não utilização da técnica de consenso para escolha desses indicadores, sendo esta seleção pautada em portarias/decretos ministeriais e estaduais, normatização e operacionalização das ações de controle da esquistossomose da FUNASA, notas técnicas e informantes-chaves que atuam na gestão do PCE estadual, além do uso de abordagem quantitativa para mensurar alguns indicadores, em especial na função Conservação de Valores; pelas características dos indicadores selecionados e suas possibilidades de respostas apenas dicotômicas (sim/não; existe/não existe, etc).

Outra limitação metodológica que deve ser considerada é que os dados do estudo se referem ao ano de implantação da integração das ações de controle da esquistossomose com a vigilância epidemiológica na atenção básica do município, tendo em vista que essas ações sempre foram realizadas exclusivamente pela vigilância

Apesar dessas considerações, o modelo do estudo pode ser considerado útil e adequado para gestores locais, pois, ao identificar os indicadores mais frágeis facilita a tomada de decisão e o redirecionamento do planejamento das ações para o alcance de metas.

Em relação a cada função analisada separadamente destaca-se a função de produção que foi a única entre as funções que apresentou um desempenho bom, obtendo pontuação máxima nas dimensões de *processo de trabalho e qualidade dos serviços*.

O *processo de trabalho* a que se refere o estudo, traduzido pela capacidade de oferta de serviços de integração das ações de controle da esquistossomose na atenção básica, contribui para o fortalecimento da intervenção^{62,63} e favorece o planejamento de ações em saúde mais próximas às necessidades percebidas e vivenciadas pela população, nos diferentes territórios, subsidiando a sustentabilidade dos processos de intervenção.

A definição de papel e responsabilidades dos atores estratégicos e o fluxo das redes de atenção baseados no princípio da integralidade, favorecem o aumento da resolutividade da intervenção tendo em vista que para qualificar a atenção à saúde a partir do princípio da integralidade é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde – doença da comunidade. Neste ambiente, as ações de vigilância em saúde devem estar incorporadas no cotidiano das equipes de atenção básica/saúde da família²⁹. Vale ressaltar que apesar dos profissionais reconhecerem o seu papel no controle da esquistossomose os indicadores de efetividade obtiveram um resultado ruim.

No município de Timbaúba os sistemas de informação são atualizados e utilizados como uma importante ferramenta no planejamento das ações de controle da esquistossomose, o que permitiu uma pontuação positiva também na dimensão *processo de trabalho*. Isto não reflete a realidade de muitos municípios onde esses dados são pouco utilizados nos setores de Vigilância em Saúde e Atenção Primária, e raramente, de forma integrada entre estes setores⁶⁴.

A *qualidade dos serviços* destacada no estudo refere-se à existência de uma equipe de referência da vigilância para tutoria das ESF e material didático sobre as práticas integradas para o controle da esquistossomose, considerando que como valor esta qualidade está associada a um estilo de gestão, à visão sistêmica, à melhoria contínua que visa promover mudanças sucessivas, utilizando-se de novas técnicas de produção, voltadas ao combate de desperdícios humanos e materiais. Compreende, portanto princípios, metodologias e ferramentas da qualidade, essenciais nas organizações ⁶⁵.

Apesar do bom desempenho da função produção, a dimensão *coordenação da produção* não pontuou e relaciona-se à ausência de agendas ou planos de trabalho que contemplem ações estratégicas voltadas à integração e melhoria do controle da esquistossomose. Isso interfere no planejamento e programação dessas ações e diminui a capacidade de resposta da intervenção aos problemas que ocorrem na população, como mostra Casanova e Oliveira⁶⁶ (2009) em estudo sobre Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica.

As ações de controle da esquistossomose devem ser realizadas de forma sistemática e coordenada para que contribua significativamente na diminuição da prevalência da doença, pois para Quinino e colaboradores (2009) em estudo sobre avaliação das atividades de rotina do programa de controle da esquistossomose em municípios da região metropolitana do Recife, o sucesso do controle da doença depende da efetividade e da coerência entre as ações para evitar que as pessoas se reinfectem e que o ciclo seja restabelecido ³⁴.

O *consenso sobre os valores da intervenção* foi a dimensão da função conservação de valores que recebeu pontuação máxima e exprime que a maioria dos profissionais do município, tanto da atenção básica quanto da vigilância, reconhecem o

seu papel no controle da esquistossomose e consideram necessário que as ações devem ser realizadas de forma integrada, o que aumenta a capacidade de manter ou criar valores que facilitam ou dificultam a execução das demais funções. A compreensão da importância da integração das ações entre a vigilância em saúde e a atenção básica é descrita por Menezes e colaboradores (2009) em um estudo sobre a vigilância em saúde no programa saúde da família, por ser a integração imprescindível para o alcance dos objetivos destes setores da saúde e que contribui com a integralidade do cuidado⁶⁷.

A dimensão *clima organizacional* em contrapartida não pontuou e reflete que a maioria dos profissionais da vigilância e da atenção básica identificaram dificuldades de integração para desenvolver as ações de controle da esquistossomose, em desacordo ao que preconiza a portaria 3.252/09 do Ministério da Saúde²⁸:

“Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias”.

A desarticulação atenção/ vigilância parece ser um ponto crucial nos serviços, e está presente na elaboração da programação do trabalho de busca ativa, quanto na realização dos inquéritos coproscópicos, e no atendimento ao portador de *S. mansoni*, enfim, em todo o processo de trabalho como evidenciado em estudos feitos por Quinino et al (2009) , avaliando o PCE na Região Metropolitana do Recife e Farias et al (2007) , 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^{33,34}.

Evidentemente, que a desarticulação entre os profissionais possui raízes mais profundas que envolvem a divisão do trabalho, do espaço, a competição do saber, dos recursos, como mostra 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/PSF⁶⁶. 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 treinamento⁶⁹.

A integração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACE) é fundamental para organização dos serviços e constituem o principal elo entre a comunidade e os serviços de saúde, sendo co - responsáveis pelas ações e informações vindas da sua área de abrangência, e embora realizem ações comuns, há atividades específicas a cada um deles, que embora distintas, se complementam^{29,30}.

Por sua vez, as funções de adaptação e alcance de metas tiveram o desempenho ruim ficando esta última sem pontuar em nenhum dos indicadores.

A dimensão *atração de clientelas* foi a única que obteve pontuação máxima na função adaptação e está relacionada às ações intersetoriais de promoção à saúde desenvolvidas pelo município no ano de 2013 visando o controle da esquistossomose. Somente com o uso das mesmas bases territoriais e da articulação intersetorial, envolvendo não somente órgãos de saúde pública, mas também outros responsáveis pela elaboração de políticas saudáveis, contribuindo assim para o alcance dos princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS³⁰.

Além de um olhar interdisciplinar, as práticas em saúde devem ter como pressuposto sua extensão à intersectorialidade como afirma Monken (2005), e este princípio compreende-se como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem ^{26,70}.

Já a dimensão *inovação e transformação* não pontuou por não haver no município vinculação do agente de endemias nas Unidades Básicas de Saúde conforme Portaria n° 1.007, de 4 de maio de 2010 que favorece o fortalecimento da integração da Vigilância com a Atenção Básica e por não haver mapeamento nas UBS com as áreas de risco para Esquistossomose³². Esta dimensão refere-se a capacidade de compatibilização do território da atenção básica e vigilância, sabendo-se que a construção do território integrado é o caminho para a efetiva integração da atenção básica e vigilância em saúde por ser a territorialização a base do trabalho das equipes de saúde da família para a prática da vigilância em saúde, com o fundamental propósito de permitir eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, o que refletirá na definição de ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e programação local ²⁹.

A *mobilização da comunidade* foi outra dimensão da função adaptação que não pontuou e relaciona-se a inexistência do fluxo de assistência em esquistossomose divulgado para a comunidade e que por não ter sido realizadas capacitações para a população incentivando a participação e o controle social. Relaciona-se com a capacidade de promover o controle social e a participação da comunidade no controle dessa helmintíase. Tomando como referência a política nacional de promoção à saúde e

a Portaria n.º 3.252/09 que reconhecem nas ações de promoção à saúde uma parte fundamental para o fortalecimento da participação social e consequente melhoria da qualidade de vida e de saúde da população²⁸, observou-se que a falta de incentivo às ações de mobilização da comunidade e participação popular no controle das endemias vem sendo evidenciado há muitos anos, por vários estudos como o trabalho realizado por Acioli e Carvalho (1998) sobre os discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde e Alves et al (1998) sobre a experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária^{71,72}.

A divulgação de informações em saúde é definida como uma atividade de rotina da vigilância em saúde conforme o guia de vigilância epidemiológica 2009, que é fonte de orientação das condutas dos profissionais de saúde e técnicos da vigilância, por ser a informação um instrumento essencial para tomada de decisões e por ser um fator desencadeador do processo “informação-decisão-ação”²⁹. No presente estudo, o fato de não haver divulgação das informações produzidas pelos profissionais de saúde da atenção básica e vigilância para a população, assim como a divulgação dos fluxos de assistência em esquistossomose demonstra uma fragilidade no processo de educação e planejamento das ações de saúde para o controle deste agravo.

O alcance de metas foi a função que obteve o pior desempenho, não pontuando em nenhum dos seus indicadores e refere-se à capacidade de notificação dos casos positivos pelas equipes de saúde da família e a realização do exame coprocópio para controle de cura da doença.

A dimensão *efetividade* tem sua premissa baseada na descentralização das ações de vigilância e controle das doenças para o conjunto de atividades da ESF e o estabelecimento das condições para certificação do município para assumir a gestão das

atividades a que teve seu início após a publicação da portaria 1.399/99 do Ministério da Saúde⁷³.

Atualmente, de acordo com o Ministério da Saúde, as ações diretas de controle da esquistossomose devem ser realizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde envolvendo os setores da vigilância e assistência com o apoio técnico da Secretaria Estadual de Saúde^{74,75}.

As ações de controle da esquistossomose são normatizadas pelas diretrizes do SUS e devem 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 e com as atividades desenvolvidas pelo PACS/PSF³⁴.

Baseada nessa premissa a entrega de potes pelos ACS e o tratamento dos diagnosticados apesar de ser uma das atividades mínimas pactuadas pelo Ministério da Saúde para os municípios de Pernambuco, visando o controle dessa endemia e que deve ser incorporada na rotina de trabalho dos municípios como afirmam Quinino et al, 2009, não obteve resultado positivo neste estudo¹¹.

A dimensão *eficácia* não pontuou e espelha a falha na notificação dos casos positivos de esquistossomose e o acompanhamento dos usuários após o tratamento para a realização do controle de cura pela atenção básica, apesar de serem atribuições desses profissionais já definidas na Política Nacional de Atenção Básica²⁶.

As interrelações entre as várias dimensões das funções do modelo EGIPSS foram fundamentais para a sobrevivência da intervenção e demonstraram como o resultado de uma dimensão pode interferir positivamente ou negativamente no resultado da outra dimensão. A possibilidade de explorar características específicas que representam o valor relativo da intervenção, a partir do alinhamento das dimensões

permitiu estabelecer uma sequência propositiva de ações que podem auxiliar a realização integrada das ações de controle da esquistossomose.

Toda riqueza da teoria do modelo EGIPSS está, em grande parte, baseada nas interações e nas ligações recíprocas que devem existir entre as quatro funções fundamentais para manter um sistema com alto desempenho. No modelo integrador de Sicotte, Champagne, Contandriopoulos et al., essas interações são chamadas de "alinhamentos" ou "equilíbrios"⁷⁶.

A *relação contextual* (Conservação de Valores → Adaptação) está na manutenção dos valores da intervenção expressa pelos profissionais ao considerarem necessário que as ações de controle da esquistossomose sejam realizadas de forma integrada e na contribuição positiva que essa premissa tem de inovar e transformar a organização do território de trabalho para que seja compatibilizado entre a vigilância em saúde e atenção básica.

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF para a prática da Vigilância e tem como fundamental propósito permitir eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, o que refletirá na definição de ações mais adequadas²⁹. Tomando como referência a portaria 3.252/09 e a política nacional de atenção básica, a compatibilização do território para as práticas da vigilância na atenção básica não pode ser vista com uma tarefa a mais, pois elas são inerentes ao processo de trabalho de todos os profissionais, e contribuirá para integralidade do cuidado^{26,28}.

Para a *relação estratégica* (Adaptação → Alcance de Metas) foi verificado que a não vinculação dos ACE para dar apoio aos ACS na entrega de potes e a falta de mapeamento das áreas de risco para esquistossomose por microárea interferiu de forma negativa para o não alcance da meta da PAVS e pela deficiência em ações de educação

em saúde, onde a comunidade não sensibilizada não adere ao programa, como mostra o estudo feito por Quinino (2009) sobre Avaliação das atividades de rotina do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios da Região Metropolitana do Recife³⁴.

Na *relação operacional* (Conservação dos Valores → Produção), o clima organizacional interferiu de forma negativa na produção de agendas ou planos de trabalho que contemplem ações integradas de controle da esquistossomose pela identificação por parte dos profissionais de atenção básica e vigilância de dificuldades em realizar essas ações no dia-a-dia. Uma agenda pactuada entre os atores estratégicos é fundamental e pode contribuir para tornar a gestão pública em saúde comprometida com mudanças mais efetivas que atendam as necessidades de saúde da população como afirma Gil (2006) em seu trabalho sobre as sinergias e singularidades da atenção básica no contexto brasileiro⁷⁷.

A *relação legitimada* (Conservação dos Valores → Alcance de Metas) relaciona-se com a interferência negativa do clima organizacional na efetividade da intervenção, onde verificou-se que a dificuldade de realizar ações integradas identificadas pelos profissionais da atenção básica e da vigilância contribuíram para que ações mínimas como entrega de potes e tratamento dos diagnosticados não fossem realizadas efetivamente.

A vinculação do modo de realização das ações de controle da esquistossomose aos moldes da extinta SUCAM pode explicar estas condutas, onde o controle das grandes endemias segundo este órgão era feito de forma vertical e visando a objetivos bem definidos, desconsiderando uma série de características regionais como afirma Quinino (2010) em seu trabalho de análise de implantação do PCE em dois municípios da zona da mata de Pernambuco⁷⁸.

7. CONCLUSÕES

A característica multidimensional do modelo de avaliação de desempenho permitiu um julgamento elaborado através da interação entre as funções e dimensões escolhidas e sobre as qualidades essenciais e específicas que caracterizam o valor relativo da intervenção.

O desempenho global das ações de controle da esquistossomose desenvolvidas na atenção básica no município de Timbaúba foi regular, e demonstra que apesar da descentralização das ações de vigilância e a integração dessas ações com a atenção básica ter avançado em termos legais, no nível operacional ainda requer muitos esforços para a efetiva consolidação.

Várias falhas em relação ao controle da esquistossomose por meio da integração da vigilância com a atenção básica foram evidenciadas e descritas por função e dimensão no modelo integrador recebendo pontuações para definição do nível de desempenho sendo bom na função produção, ruim em adaptação e alcance de metas e regular na conservação de valores.

8. RECOMENDAÇÕES

É fundamental que seja feita uma revisão dos processos de trabalhos buscando-se integrar os vários profissionais envolvidos, numa articulação que reforce a exigência de um movimento integrador. Para a organização das ações, esta deve ser pensada numa base territorial integrada assim como deverá existir um diálogo permanente com os atores estratégicos na busca do desenvolvimento de ações intersetoriais oportunizando a participação de todos visando a democratização da gestão e o atendimento às reais necessidades locais.

Destaca-se ainda a importância de adotar os princípios da Educação Permanente na qualificação dos profissionais em atuação o que contribuirá para resolver os problemas identificados no desenvolvimento das ações de integração entre atenção básica e vigilância em saúde.

A institucionalização de instrumentos de gestão como processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de controle da esquistossomose na atenção básica, se faz necessário como reorientadores das práticas de integração. Esta integração é o ponto chave para o bom desempenho das ações de vigilância na atenção básica.

O presente estudo forneceu informações importantes que contribuirá com o município de Timbaúba na reflexão e criação de novas estratégias para o controle da esquistossomose, assim como na tomada de decisão visando a melhoria da qualidade das ações desenvolvidas e ofertadas à população, contribuindo para redução da prevalência da doença no município.

Função Adaptação

Para o fortalecimento das atividades de integração das ações de vigilância em saúde no controle da esquistossomose junto às equipes de Saúde da Família, recomenda-se que os agentes de endemias estejam vinculados a essas equipes como preconiza a portaria 1007/10. Essa compatibilização de território aliado à delimitação epidemiológica das áreas de risco para a doença por microáreas é essencial para no planejamento adequado das ações.

Para que a população seja sensibilizada a participar ativamente do controle da esquistossomose é indispensável a constituição de canais e espaços que garantam a efetiva participação da população e o controle social e que sejam divulgadas informações e fluxos de assistência adequados à realidade empírica, pois a comunicação eficiente dos profissionais com a comunidade, é o que gera o sucesso do trabalho.

Função Produção

Recomenda-se que sejam criadas agendas ou planos de trabalhos que reforcem a exigência de um movimento integrador a fim que sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, estimulem e fortaleçam o protagonismo dos atores estratégicos envolvidos em sua elaboração e implementação, ratificando o preceito da integralidade e da intersetorialidade.

Função Conservação de Valores

Com relação ao clima organizacional deve-se superar as dificuldades de trabalhar as ações de controle da esquistossomose de forma integrada e que seja colocado em prática as atividades estabelecidas considerando o papel e a responsabilidade de cada profissional da vigilância e da atenção básica no desenvolvimento dessas ações, motivando-os a se capacitar, regulamentando plano de cargos e carreiras, oferecendo condições necessárias de trabalho, estimulando a

autonomia profissional, criando espaços de diálogo permanente para que os mesmos possam relatar seus anseios e insatisfações no ambiente de trabalho e que seja fortalecido a tomada de decisão compartilhada minimizando erros e potencializando os acertos.

Função Alcance de Metas

Recomenda-se a entrega de potes para realização do inquérito coproscópico pelos ACS com o apoio dos agentes de endemias vinculados às equipes de saúde da família, e que todos os pacientes diagnosticados com esquistossomose sejam notificados conforme rotina do PCE, tratados com a medicação em tempo oportuno pela atenção básica e acompanhados para que seja feito o controle da cura.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Amaral RS, Porto MAS. Evolução e situação atual da esquistossomose no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Uberaba, v.27, supl 3, p.73-90,1994.
- 2- Barbosa CS, Silva CB, Barbosa FS. 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.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Esquistossomose: situação atual da doença. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=22071>. Acesso em: 30 jul. 2012.
- 4- Burlandy-Soares LC, Dias LCS, Kanamura HY, Oliveira EJ, Ciaravolo RM. *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* 2003; 98:853-859.
- 5- Coura JR, Amaral RS. Epidemiological and control aspects of Schistosomiasis in Brazilian Endemic Areas. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 2004; 99:13-19.
- 6- Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Santos RV, Gonçalves LAO. A interdição da doença: uma construção cultural da esquistossomose em área endêmica, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2002;18:1629-1638.
- 7- Katz N, Peixoto SV. Análise crítica da estimativa do número de portadores de esquistossomose mansoni no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2000;33:303-308.
- 8- Barbosa CS, Favre T C, Wanderley TN, Callou AN, Pieri OS. Assessment of schistosomiasis through scholl surveys in the forest zone of Pernambuco, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 101, p. 55-62, 2006.
- 9- Domingues ALC, Silva PCV. Aspectos epidemiológicos da esquistossomose hepatoesplênica no Estado de Pernambuco, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.20, p.3,2011.
- 10- Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de apoio operacional ao Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose para os municípios do estado de Pernambuco. 1. ed. Recife, PE: Secretaria Estadual de Saúde, 2012.
- 11- Quinino LRM, Martins JBSC, Aguiar LR, Wanderley TNG, Barbosa CS. 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, 2009.
- 12- Resendes APC, Souza-Santos R, Barbosa CS. 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.
 - 13- Barbosa CS, Domingues ALC, Abath F, Montenegro SML, Guida U, Carneiro J. Epidemia de esquistossomose aguda na praia de Porto de Galinhas, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 725-728, 2001.
 - 14- Barbosa CS, Pieri OS, Barbosa FS. Ecoepidemiologia da esquistossomose urbana na ilha de Itamaracá, Estado de Pernambuco. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 337-341, 2000.
 - 15- Teixeira MGLC, 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.
 - 16- Teixeira MG, Costa MCN, Viana I, Paim JS. Vigilância em Saúde: É necessária uma legislação de emergência? *Revista de Direito Sanitário*. 2009; 10 (2): 126-144.
 - 17- Mendes EV. 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.
 - 18- Barbosa CS. 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.
 - 19- Favre TC, Pieri, OS, Barbosa CS, Beck, L. Avaliação das ações de controle da esquistossomose implementadas entre 1977 e 1996 na área endêmica de Pernambuco, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 34, n. 6, p. 569-576 nov./dez. 2001.
 - 20- Paim JS. 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.
 - 21- Albuquerque MIN, Carvalho EMF, Lima LP. Vigilância Epidemiológica: conceitos e institucionalização. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2002; 2 (1): 7-14.
 - 22- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União (DOU)* 20 de set. 1990; Seção 1 (Pt 1): 18055-9.

- 23-Brasil. Portaria n. 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. [acesso em: 06 out 2014] Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1172.htm>
- 24-Brasil. Portaria n.º 1.399 de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 - 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 [acesso em: 06 out 2014] Disponível em http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13206
- 25-Brasil. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 28 abr. 2012
- 26-Brasil. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 07 jun. 2012.
- 27- 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> . Acesso em: 03 ago. 2012.
- 28- Brasil. Portaria nº 3252 de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.. Disponível em:<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102068-3252.htm>>. Acesso em: 02 abr. 2012.
- 29-Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de atenção à saúde. Cadernos de atenção básica n ° 21– Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Série A. Normas e Manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 199p.
- 30-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas em Manuais técnicos. Brasília, DF; 2009.

- 31- Pereira MPB, Barcellos CO. Território no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.
- 32- Brasil. Portaria nº 1.007 de 04 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1346166410_Portaria_1.007_04052010_incorporacao_A7C3A3o_ACE_ESF.pdf> . Acesso em: 03 ago.2012.
- 33- Farias LMM. 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.
- 34- Quinino LRM, Barbosa CS. Procedimentos para o controle da esquistossomose: coproscopia. In: BARBOSA, C. S.; Gomes, E. C. S. (org). *Manual prático para o controle e diagnóstico da esquistossomose*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2009. p. 81-100.
- 35- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis Jr & Inealut RA. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: *HARTZ, ZMA (org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. pp. 29-47. 2002.
- 36- Akerman, M. Avaliação em Promoção da Saúde: foco no município saudável. *Rev Saude Publica*, 36(5): 3, 2002.
- 37- Silva Júnior JB. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas; 2004.
- 38- Stenzel, A. C. B. *A Temática da Avaliação no Campo da Saúde Coletiva uma bibliografia comentada*. Campinas, SP, 1996. (Dissertação – Mestrado – Universidade de Campinas).
- 39- Contrandriopulos, 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
- 40- Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em Saúde: Conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico, I, Felisberto, E, Figueiró, AC, Frias, PG. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook;2010. p.1-13.

- 41- Samico I, Figueiró AC, Frias PG. Abordagens metodológicas na Avaliação em Saúde. In: Samico, I, Felisberto, E, Figueiró, AC, Frias, PG. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p.15-28.
- 42- Samico I. Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no Estado de Pernambuco [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
- 43- Hartz ZMA, Santos EM, Matida A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.325-40.
- 44- Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de programas concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004:730.
- 45- Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação dos profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 2005; 5 (2): 229-40.
- 46- Patton MQ. Utilization-focused evaluation: process and premises. In: Patton MQ (org). Utilization focused evaluation: The News Century Text. 3.ed. California: Sage Publication, 1997: 250 -91.
- 47- Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2004; 9 (3): 711-724.
- 48- Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP, Barnsley J, Béland F, Leggat SG, Denis JL, Bilodeau H, Langley A, Brémond M, Baker GR. Um modelo conceitual para analisar o desempenho de organizações de saúde. Pesquisa sobre gestão em serviços de saúde, 1998.
- 49- Contandriopoulos AP; Trottier LH; Champagne F. Improving performance: a key for Quebec's health and social services centres. Infoletter, 5(2):2-6, 2008
- 50- Champagne F, Contandriopoulos AP. Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos serviços de saúde. In: Contandriopoulos, AP, Hartz, Z, Gerbier M, Nguyen A. Organizadores. Saúde e Cidadania: As experiências do Brasil e do Quebec. Campinas: Saberes Editora; 2010. p. 297-340.

- 51- Reis ACGV. A noção de equilíbrio como proxy da avaliação de desempenho de sistemas de saúde [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2012.
- 52- Battesini M. Método multidimensional para avaliação de desempenho da Vigilância Sanitária: uma aplicação em nível municipal [Tese]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
- 53- Rowan, M. S. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation*, Toronto, v. 15, n. 2, p. 81-92, 2000.
- 54- Medina MG. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In; Hartz ZMA, Silva LMV. 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.
- 55- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes nacionais de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006,13).
- 56- 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.
- 57- 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0064_30_05_2008.htm>. Acesso em: 03 nov. 2012. 57- Portaria nº 1172, de 15 de junho de 2004
- 58- 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.201.
- 59- 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> . Acesso em: 03 ago.2012.

- 60-IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Composição da população residente total, *Estudos & Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica*, por sexo e grupos de idade-Brasil-1991/2010: Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- 61-Mendes, E. V. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993. 303 p.
- 62-Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas ALQ. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 128 p.
- 63-Amaral AS. Informação em saúde para o planejamento em vigilância sanitária na gestão municipal (Dissertação).Salvador: Instituto de Saúde Coletiva-Universidade Federal da Bahia, 2009.
- 64-Fadel MAV, Filho GIR. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso.Revista de Administração Pública.Rio de Janeiro;2009.
- 65-Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):929-936, 2009.
- 66-Limongi JE, Menezes EC, Menezes AC. Vigilância Em Saúde No Programa Saúde Da Família. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde- Hygeia* 4(7):35-44, Dez/2008.
- 67-Omotto CA, Santini SML, Esteves JLM. Controle da Dengue: Uma Análise da Implementação do PNCD e a Relação do Processo de Trabalho na 16ª RSA. Apucarana/ Paraná – Brasil. *Revista do II Congresso CONSAD de Gestão Pública*. Rio Grande do Sul: Porto Alegre; 2008. p 69-70.
- 68-Chiaravalloti 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. 2007.67- (NORONHA; PENNA, 2007).

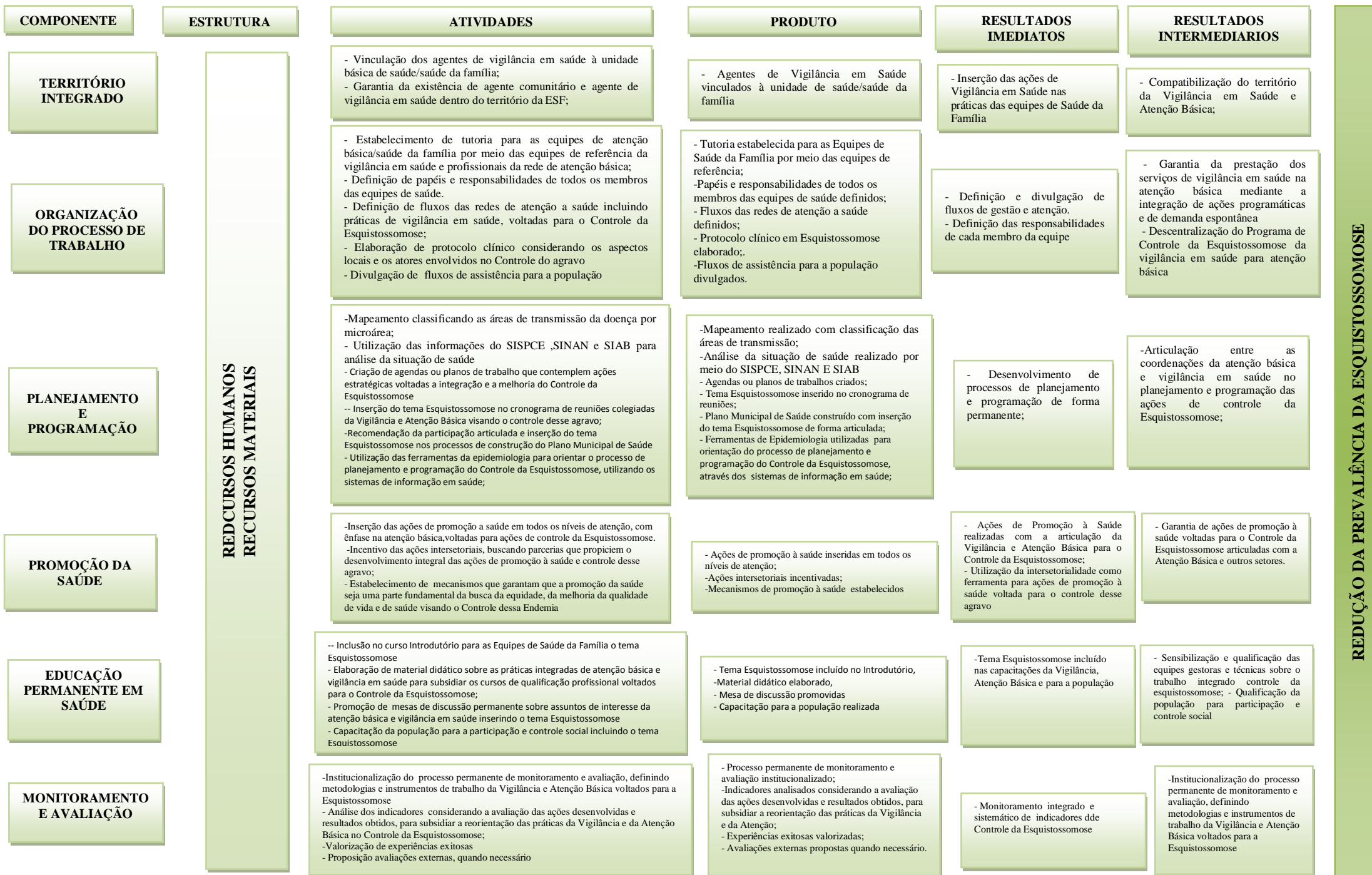
- 69-Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.898-906, mai-jun 2005.
- 70-Acioli MD, Carvalho EF. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: As ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. Cadernos de Saúde Pública, 1998. 14(Sup. 2):59-68.
- 71-Alves PC, Souza IM, Moura MA, Cunha LA. A experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(Sup. 2):79-90, 1998.
- 72-Portaria GM nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, p.10, 25. nov. 1999 Seção 1 [Acessado em 24 out. 2013]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21247.
- 73-Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde. Programação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS/2010-2011. Recife, PE; 2011
- 74- Brasil. Ministério da Saúde. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíase. Plano de ação 2011-2015. Brasília, DF; 2012.
- 75-Champagne F, Contandriopoulos AP. Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos serviços de saúde. In: Contandriopoulos, AP, Hartz, Z, Gerbier M, Nguyen A. Organizadores. Saúde e Cidadania: As experiências do Brasil e do Quebec. Campinas: Saberes Editora; 2010. p. 297-340.
- 76-Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006.

- 77-Quinino LRM, Samico IC, Barbosa CS. Análise da implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em dois municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cadernos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

MODELO LÓGICO DE INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA COM A ATENÇÃO BÁSICA NO PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE



REDUÇÃO DA PREVALÊNCIA DA ESQUISTOSSOMOSE

APÊNDICE B

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
Escola de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Avaliação de Desempenho das Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica”

Instituição participante da Pesquisa:

- Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

O Sr(a) está sendo convidado a participar deste estudo, na qualidade de entrevistado, que tem como objetivo avaliar o desempenho das Ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica no município de Timbaúba, através da verificação de como estão sendo realizadas as atividades de controle desta doença e os fatores que interferem na realização das mesmas de forma integrada com a Atenção Básica.

No estudo, serão avaliados como estes fatores, classificados em 1) características dos principais responsáveis pelo funcionamento das atividades de controle da esquistossomose (secretário de saúde, coordenador do programa de controle da esquistossomose, agentes de saúde ambiental, médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde), 2) características da instituição onde as atividades de controle são realizadas (ou seja, a forma como os serviços são organizados) e 3) apoio que a instituição dá para a realização das atividades de controle da esquistossomose (ou seja, que fatores, presentes na secretaria de saúde, contribuem para o bom funcionamento do programa de forma integrada com a Atenção Básica) influenciam a capacidade e o modo como o município desenvolve as atividades de controle da esquistossomose.

A sua participação consistirá em responder a questionários através de uma entrevista dirigida, a fim de levantar informações necessárias ao estudo. As informações fornecidas pelo (a) senhor (a) serão registradas em um bloco de anotações e poderão ser gravadas.

Sua participação não é obrigatória, além do que você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe cause constrangimento e, caso você se recuse a participar, isso não lhe trará nenhum prejuízo em relação aos pesquisadores ou à instituição participante. Mesmos que os resultados deste trabalho venham a ser apresentados em eventos públicos, sua identidade ou qualquer forma de identificação serão mantidos em total sigilo. 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. 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 a pesquisadora Júlia Rafaelly de Matos Barbosa Jordão pelo telefone (81) 9979-0260 e (81) 9422-0141 ou dirigir-se ao Departamento de Pós- Graduação do IMIP.

Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora.

Pesquisadora: _____

Participante: _____

_____, ____/____/____

APÊNDICE C

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
Escola de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



Roteiro da entrevista com o Gestor Municipal

Data: ___/___/___ **Local:** _____

Nome: _____ Telefone: _____

1. Você tem nível superior? () Sim () Não

Qual sua formação? _____

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

Qual sua formação? _____

3. Você já recebeu algum treinamento sobre/ tem especialização em planejamento/gestão? () Sim () Não

Qual? _____

4. Você já recebeu algum treinamento (GERES, SES, etc.) onde fosse enfatizado as ações de controle da esquistossomose? () Sim () Não

Qual foi o treinamento, onde e quando ocorreu? _____

5. Você sempre investe na formação dos técnicos? () Sim () Não

Porque? _____

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

() Sim () Não

Porque? _____

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

() Sim () Não

Porque? _____

8. O assunto esquistossomose já foi discutido no conselho municipal de saúde?

() Sim () Não

Porque? _____

8. O município possui um coordenador municipal de Endemias?

-Existe () Não existe ()

9. O município possui um *coordenador municipal* para as ações de controle da Esquistossomose?

9.1. Exclusivo pro PCE ()

9.2. O coordenador coordena o PCE e outras endemias ()

9.3. Não tem coordenador ()

10. O município possui um coordenador municipal de Atenção básica?

-Existe () Não existe ()

11. Você conhece como funciona as ações de controle da Esquistossomose no seu município? () Sim () Não Descreva :

12. 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)?

13. Quais as ações realizadas pela SMS (construção de laboratórios, aquisição de veículos, contratação de pessoal, etc.) que contribuíram para um melhor funcionamento das ações de controle da Esquistossomose ?

() Sim () Não

Qual (is)?

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

() Sim () Não

Como:

15. O planejamento é integrado com outros setores? SIM () NÃO () Quais?

16. 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?

17. Como você percebe o problema da esquistossomose no seu município?

18. Qual o papel da Atenção Básica no Controle da Esquistossomose no seu município?

19. Há dificuldades na realização das ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica? Quais são?

20. O município garante assistência aos casos positivos para Esquistossomose?
SIM () NÃO () Como?

21. Qual o planejamento da Secretaria de Saúde para o controle da Esquistossomose a curto e médio prazo?

22. Existe vinculação do ASA às Unidades de Saúde da Família? () Sim () Não
Porque:

23. Existe uma referência no município para dar suporte técnico às Equipes de Saúde da Família no Controle da Esquistossomose? () Sim () Não Como funciona?

24. Você reconhece seu papel no controle da Esquistossomose? () Sim () Não
Quais as suas funções?

25. Existe um fluxo definido nas redes de atenção do município visando o controle da Esquistossomose? SIM () NÃO() Como?:

26. Existe um protocolo clínico considerando os aspectos locais e atores envolvidos no Controle do agravo? SIM () NÃO() Onde se encontra e quem construiu?

27. Existe uma agenda ou plano de trabalho que contemple as ações de controle da Esquistossomose na Atenção Básica?
SIM () NÃO() Quais as principais ações deste plano?

28. O tema Esquistossomose está inserido no cronograma de reuniões colegiadas da SMS? SIM () NÃO() Porque?

29. Quais os indicadores de saúde são utilizados para o planejamento das ações de controle da Esquistossomose?

30. A quantidade de materiais (potes, lâminas, tela de nylon, palheta, papel celofane, etc) é suficiente para realização das ações de Controle da Esquistossomose?
SIM() NÃO() Quais as dificuldades?

31. Existe um fluxo de assistência para Esquistossomose divulgado para a população ?
SIM () NÃO() Por que?

32. Existe dificuldade em realizar as ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica? SIM () NÃO() Por que?

33. Existe dificuldade em realizar as ações de Controle da Esquistossomose na Atenção Básica? SIM () NÃO() Por que?

34. Existe inserção do tema Esquistossomose no Plano Municipal? Como?

35. Existe um Plano de Ação Anual em Esquistossomose? Porque?

36. Os profissionais da Atenção Básica tem conhecimento da situação de Esquistossomose do seu território? SIM () NÃO () Porque?

37. Como você percebe o problema da esquistossomose no seu município?

38. O que você considera como desafios para o controle da Esquistossomose de forma integrada com a Atenção Básica no seu município?

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
Escola de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



Roteiro de Entrevista com o Coordenador Municipal de Vigilância em Saúde e/ou Coordenador de Atenção Básica

Data: ___/___/___ **Local:** _____

Nome: _____ **Telefone:** _____

1. Você tem nível superior? () Sim () Não

Qual sua formação? _____

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

Qual sua formação? _____

3. Você tem experiência prévia com controle da esquistossomose?

() Sim () Não Qual?

4. 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?

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

() Sim () Não Qual foi o treinamento, onde e quando ocorreu?

6. Quais os atores envolvidos diretamente com o controle da Esquistossomose no seu município?

7. Você conhece as ações de controle da Esquistossomose que devem ser realizadas pelo seu município?

SIM () NÃO () Quais são?

7.1 Quais dessas ações devem ser realizadas pela Atenção Básica?

8. O secretário sempre investe na sua formação?

Sim Não Porque?

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

Sim Não

Porque? _____

10. Já foram realizadas ações de controle da esquistossomose juntamente com a Atenção Básica? Sim Não Porque?

11. O assunto esquistossomose já foi discutido no conselho municipal de saúde?

Sim Não Porque?

12. O assunto Esquistossomose já foi discutido nas reuniões de planejamento da Secretaria de Saúde? Sim Não Porque?

13. Você acha necessário que as ações de controle da esquistossomose sejam realizadas de forma integrada com a Atenção Básica? Sim Não Porque?

-

14. Houve alguma **ação** realizada pela coordenação (capacitação de agentes em de educadores em saúde, realização de reuniões com agentes e com outros setores, outras

ações intersetoriais, etc.) que contribuiu para integração das ações de controle da Esquistossomose com a Atenção Básica?

() Sim () Não

Qual? _____

15. 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? _____

16. 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: _____

16. Você **planeja as ações** de controle da esquistossomose antes de se dirigir ao campo?

() Sim () Não INTEGRAR COM A PRÓXIMA PERGUNTA

Porque? _____

17. Com quem você planeja as ações de controle da Esquistossomose antes de se dirigir ao campo?

18. Existe vinculação do ASA às Unidades de Saúde da Família? () Sim () Não

Como:

19. Existe um mapa classificando as áreas de transmissão da doença por microárea?

() Sim () Não Como são classificadas essas áreas?

20. Quais as ferramentas você utiliza para analisar a situação de saúde voltada para Esquistossomose?

21. Existe uma referência no município para dá suporte técnico as Equipes de Saúde da Família no Controle da Esquistossomose? () Sim () Não Como funciona?

22. Você reconhece seu papel no controle da Esquistossomose? () Sim () Não
Quais as suas funções?

23. Existe um fluxo definido nas redes de atenção do município visando o controle da Esquistossomose? SIM () NÃO() Como?:

24. Existe um protocolo clínico considerando os aspectos locais e atores envolvidos no Controle do agravo? SIM () NÃO() Onde se encontra e quem construiu?

25. Existe uma agenda ou plano de trabalho que contemple as ações de controle da Esquistossomose na Atenção Básica?
SIM () NÃO() Quais as principais ações deste plano?

26. O tema Esquistossomose está inserido no cronograma de reuniões colegiadas da Atenção Básica? SIM () NÃO() Porque?

27. 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 orientar? () Sim () Não
Porque?

28. A coordenação já realizou alguma ação de promoção à saúde voltada para Esquistossomose? SIM () NÃO () Como:

29. Essa ação foi realizada em parceria com a Atenção Básica? SIM () NÃO ()
Porque?

30. O tema Esquistossomose foi inserido no curso Introdutório para os Agentes de Saúde? SIM () NÃO ()
Porque?

31. Existe algum material didático elaborado para subsidiar os cursos de qualificação profissional voltados para o Controle da Esquistossomose? SIM () NÃO ()
Porque?

32. A coordenação já realizou algum curso de qualificação profissional em Esquistossomose para a Atenção Básica e os ASA? SIM () NÃO ()
Porque?

33. A coordenação já realizou alguma ação de mobilização social voltada para o controle da Esquistossomose? SIM () NÃO ()
Porque?

34. 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? _____

35. Como você monitora e avalia as ações de controle da Esquistossomose?

36. Quais os indicadores de saúde são utilizados para o planejamento das ações de controle da Esquistossomose?

37. A quantidade de materiais (potes, lâminas, tela de nylon, palheta, papel celofone, etc) é suficiente para realização das ações de Controle da Esquistossomose?

SIM() NÃO() Quais as dificuldades?

38. Percentual de profissionais treinados em suas funções específicas:

38.1. Agentes de campo para PCE

Profissionais Treinado em malacologia _____

Treinado em coproscopia _____

Treinado em educação em saúde _____

Treinado em diagnóstico laboratorial _____

% treinados em duas funções _____

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

Médicos _____

Enfermeiros _____

ACS _____

Dentista _____

ACD _____

28.3. Gestores e gerentes *treinados* _____

39. Existe medicação para os casos positivos disponíveis nas USF? SIM() NÃO()

Por que?

40. Existe um fluxo de assistência para Esquistossomose divulgado para a população ?
SIM () NÃO() Por que?

41 O casos positivos são acompanhados pela Atenção Básica? SIM () NÃO()
Por que?

42. O controle de cura é feito pela Atenção Básica? SIM () NÃO() Por que?

43. Quantos casos positivos o município teve em 2012?

44. Quantos desses casos positivos foram tratados? Por que?

45. Existe dificuldade em realizar as ações de Controle da Esquistossomose na Atenção
Básica? SIM () NÃO() Por que?

46. Quantas reuniões foram feitas em 2012 em conjunto com a Atenção Básica para
discutir as ações de controle da Esquistossomose? ()

47 . Existe inserção do tema Esquistossomose no Plano Municipal? Como?

48. Existe um Plano de Ação Anual em Esquistossomose? Porque?

50. Os profissionais da Atenção Básica tem conhecimento da situação de Esquistossomose do seu território? SIM () NÃO () Porque?

51. Existe material didático sobre Esquistossomose para uso em capacitações? SIM() NÃO() Porque?

52. Qual o número de exames coprocópios realizados em 2012? ____ exames

53. Qual a meta pactuada? _____

54. Como você percebe o problema da esquistossomose no seu município?

55. O que você considera como desafios para o controle da Esquistossomose integrado com a Atenção Básica no seu município?



Roteiro para Entrevista com os Agentes Comunitários de Saúde

1. Nome da Unidade: _____ Data: ___/___/___
2. Localização; Zona Urbana () Zona Rural ()
3. Nome do Profissional: _____
4. Telefone de Contato: _____ - _____
6. Trabalha na Unidade há quanto tempo? _____
7. Você já recebeu algum treinamento ou participou de palestras que falassem sobre esquistossomose?
 () NÃO
 () SIM; onde foi? _____ Quando? _____
 Sobre o que falaram: _____
8. O que leva você a suspeitar que alguma pessoa da sua comunidade pode estar com esquistossomose?

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

10. Você participa ou participou de atividades de controle da esquistossomose juntamente com os agentes de endemias? () NÃO () SIM, quais? _____

11. Quando você visita uma casa no seu trabalho diário, você geralmente fala sobre esquistossomose? () NÃO () SIM; que tipo de informações?

12. Você costuma acompanhar os pacientes doentes de esquistossomose quando eles vão tomar a medicação? () SIM () NÃO
13. Você já se reuniu com pessoas da sua área para realizar alguma atividade com objetivo de acabar com os caramujos que transmitem a esquistossomose?
 () NÃO
 () SIM, o que você fez?

14. Você reconhece seu papel no controle da Esquistossomose? () Sim () Não
 Quais as suas funções?

15. Você acha necessário que as ações de controle da esquistossomose sejam realizadas de forma integrada com a Atenção Básica? () Sim () Não Porque?

-

26. Existe dificuldades em desenvolver as ações de controle da Esquistossomose em conjunto com a Vigilância em Saúde (Agentes de Endemias, Coordenação)? () SIM
() NÃO Quais as dificuldades?

27. O que você considera como desafio (s) para o controle da Esquistossomose considerando a integração das ações com a Atenção Básica no seu município?



Roteiro para Entrevista com os Agentes de Endemias

1. Nome: _____
Data: ___/___/___ Telefones: _____
2. Escolaridade: _____ É efetivo? _____
3. Você só trabalha com Esquistossomose? () SIM () NÃO
4. Qual o seu horário de trabalho? _____
5. Você trabalha o ano todo com esta endemia? () SIM () NÃO
6. Você participou de algum treinamento em Esquistossomose? () SIM () NÃO
Onde foi? _____ Quando foi? _____
O que foi abordado? _____
7. Quantos potes você entrega/ recolhe por dia? _____
8. Os Agentes Comunitários de Saúde entregam/ recolhem potes com você?
() SIM () NÃO
9. Como é feito a escolha das localidades para que seja entregue os potes?

10. Quais as principais dificuldades encontradas por você para a realização dessa entrega/recolhimento de potes?

11. Marque um X nos sintomas que você verifica numa pessoa e que fazem você suspeitar que ela está com esquistossomose: OBS: Pode marcar quantos X quiser .
- | | |
|---|------------------------|
| () dor de barriga | () diarreia |
| () dor e dormência nas pernas | () dor nas costas |
| () dificuldade para “ segurar” a urina | () coceira na pele |
| () febre | () dor no corpo |
| () tosse | () dor de cabeça |
| () vômito | () ataques epiléticos |
12. Marque um X nas alternativas abaixo que mostram as formas como a esquistossomose é transmitida: OBS: Pode marcar quantos X quiser.
- () contato com caramujos que vivem na terra (escargot, africano)
- () comendo verduras mal lavadas
- () pelas fezes de animais (cavalos, porcos, cachorros)
- () falta de higiene
- () comendo carne crua
- () falta de saneamento
- () tomando banho de rio
- () banhos de mar
- () contato com caramujos que vivem na água
- () contato com o caramujo aruá
13. Que fatores você observa que existem na sua área e que você acha que contribuem para a transmissão da esquistossomose? OBS: pode marcar quantos X quiser.
- () presença de rios
- () presença de açudes

- presença de animais soltos, convivendo junto com humanos
- falta de saneamento básico
- falta d' água
- população não tem conhecimento sobre a doença
- presença de caramujos aruá
- presença de outros caramujos que vivem na água
- presença de caramujos que vivem na terra (africano, escargot) devastando as plantações

14. Marque com um X nas atividades de controle da esquistossomose que você acha que **você** deve realizar: OBS: pode marcar quantos X quiser.

- Conhecer os sintomas para identificar pessoas doentes nas comunidades
- Encaminhamento de pessoas doentes para o PSF
- Entrega dos resultados dos exames aos pacientes
- Acompanhar os pacienes para saber se já tomaram a medicação
- Entrega e coleta de potes para exame de fezes à população
- Palestras sobre esquistossomose
- Orientar o paciente para que ele realize exames de fezes para ver se ficou curado
- Desenvolver, junto com a comunidade, atividades que ajudem a acabar com o caramujo que transmite a esquistossomose
- Notificar casos de esquistossomose
- Verificar a existência de rios, poças de água, açudes, etc. que contém caramujos e informar ao coordenador
- Realizar atividades junto com os ACS
- Realizar atividades de captura e coleta de caramujos

15. Você realiza atividades de educação em saúde durante as visitas?

- SIM NÃO

Porque? _____

16. Houve alguma ação realizada por você que contribuiu para um melhor funcionamento das ações de controle da Esquistossomose? SIM NÃO

Qual (is)? _____

17. Você conhece o caramujo transmissor da esquistossomose?

- NÃO SIM

18. Você conhece o PCE (sabe que ele não se limita só a exames periódicos)?

- SIM NÃO

Qual (is) suas principais recomendações?

Qual a importância do PCE pra o seu município?

19. 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

20. Você participa do planejamento das ações de controle da esquistossomose junto com o coordenador? SIM NÃO

Porque? _____

21. 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? _____

22. Porque você trabalha com o PCE?

23. Liste as principais dificuldades em trabalhar com PCE.

24. Você acha necessário que as ações de controle da esquistossomose sejam realizadas de forma integrada com a Atenção Básica? () Sim () Não Porque?

- _____

25. Existe dificuldades em desenvolver as ações de controle da Esquistossomose em conjunto com a Atenção Básica ? (Agentes de Saúde, Médicos, Enfermeiros, Coordenação)? () SIM () NÃO Quais as dificuldades?

26. O que você considera como desafio (s) para o controle da Esquistossomose considerando a integração das ações com a Atenção Básica no seu município?



Roteiro para Entrevista com os Profissionais de Nível Superior

1. Nome da Unidade: _____ Data: ___/___/___
2. Localização; Zona Urbana () Zona Rural ()
3. Nome do Profissional: _____
4. Função: Médico () Enfermeiro ()
5. Telefone de Contato: _____ - _____
6. Trabalha na Unidade há quanto tempo? _____
7. Que profissionais compõem a unidade de saúde hoje:
 () Médico () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem () ACS (quantos: ____)
8. Treinamento em Esquistossomose (diagnóstico/tratamento; controle;etc):
 Médico: () Sim () Não Que tipo? _____
 Onde foi? _____ Quando foi? _____
 Enfermeiro: () Sim () Não Que tipo? _____
 Onde foi? _____ Quando foi? _____
9. Que tipo de informações (sinais, sintomas, história clínica, etc.) o levam a suspeitar que você está diante de um caso de esquistossomose?

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

11. Diante de um caso confirmado, qual o tratamento indicado?

12. Quem realiza o tratamento na sua unidade? () Médico () Enfermeiro
13. O tratamento é realizado na própria unidade ou o paciente é encaminhado? SIM () NÃO () Para onde é encaminhado? Porque?

14. Em que casos você costuma contra-indicar o tratamento?

15. O medicamento para tratamento da esquistossomose encontra-se disponível na unidade? () Sim () Não, como são são adquirido?

16. Para você o que é um caso grave de Esquistossomose?

17. Qual a conduta diante de um caso grave?

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

19. Você notifica os casos de Esquistossomose? () SIM, em que casos? () NÃO, porque?

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

21. Você já realizou ações de educação em saúde na sua área de abrangência que abordassem o tema esquistossomose? () SIM () NÃO - Onde foi e que aspectos abordou?

22. Existe classificação das áreas de transmissão da Esquistossomose no seu território de abrangência? () SIM, como se dá? () NÃO

23. Você conhece a situação da Esquistossomose no seu território? () SIM () NÃO
Como se encontra:

24. Você reconhece seu papel no controle da Esquistossomose? () Sim () Não
Quais as suas funções?

25. Você acha necessário que as ações de controle da esquistossomose sejam realizadas de forma integrada com a Atenção Básica? () Sim () Não Porque?

-

26. Existe dificuldades em desenvolver as ações de controle da Esquistossomose em conjunto com a Vigilância em Saúde (Agentes de Endemias, Coordenação)? () SIM () NÃO Quais as dificuldades?

27. O que você considera como desafio (s) para o controle da Esquistossomose considerando a integração das ações com a Atenção Básica no seu município?

ANEXOS

ANEXO 1


Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3240 -12 intitulado “Programa de controle da esquistossomose e integração com a atenção básica: uma avaliação de desempenho em um município da zona da mata do estado de Pernambuco”. Apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Isabella Chagas Samico** foi Aprovado com Dependência pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 05 de dezembro de 2012, e tendo o(a) pesquisador(a) respondido posteriormente às solicitações exigidas, o projeto foi **APROVADO** em definitivo.

Recife, 27 de dezembro de 2012


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei. 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei. 5013 de 14/05/64
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 65.897-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL - Isento
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550
PABX: (81) 2122.4100
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393
e-mail: imip@imip.org.br
www.imip.org.br

