

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

MARIANA IZABEL SENA BARRETO DE MELO

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA
ESQUISTOSSOMOSE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO
DE CASO EM LOCALIDADE LITORÂNEA VULNERÁVEL DO ESTADO DE
PERNAMBUCO**

Recife

2015

MARIANA IZABEL SENA BARRETO DE MELO

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA
ESQUISTOSSOMOSE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO
DE CASO EM LOCALIDADE LITORÂNEA VULNERÁVEL DO ESTADO DE
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentado ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de mestre em ciências.

Orientadora: Dra. Constança Simões Barbosa

Co-orientadora: Dra. Isabella Chagas Samico

Recife

2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

N528a Melo, Mariana Izabel Sena Barreto de.

Análise da implantação das ações de controle da esquistossomose na estratégia de saúde da família: um estudo de caso em localidade litorânea vulnerável do Estado de Pernambuco/ Mariana Izabel Sena Barreto de Melo. — Recife: [s.n.], 2015.

88 p.: il.

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

Orientadora: Constança Simões Barbosa; co-orientadora: Isabella Chagas Samico.

1. Esquistossomose Mansonii. 2. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 3. Política de Saúde. 4. Estratégia de Saúde da Família. I. Barbosa, Constança Simões. II. Samico, Constança Simões. III. Título.

CDU 616.995.122

MARIANA IZABEL SENA BARRETO DE MELO

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA
ESQUISTOSSOMOSE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO
DE CASO EM LOCALIDADE LITORÂNEA VULNERÁVEL DO ESTADO DE
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentado ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de mestre em ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dra. Constança Simões Barbosa
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Prof^ª Dra. Elaine Christine de Souza Gomes
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Prof. Dr. Flávio Renato Barros da Guarda
Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV)

À minha mãe, por ser a pessoa mais incrível do mundo, a quem dedico além desta dissertação,
todo o meu amor e gratidão.

BARRETO, Mariana Sena. **Análise da Implantação das Ações de Controle da Esquistossomose na Estratégia de Saúde da Família:** um estudo de caso em localidade litorânea vulnerável do Estado de Pernambuco. 2015. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

RESUMO

Desde 1975 ações são desenvolvidas para controlar a esquistossomose, mas, apesar dos esforços a endemia persiste em Pernambuco, onde a área de transmissão tem se expandido para o litoral. Assim, desenvolveu-se um trabalho com o objetivo de conhecer os fatores intervenientes na variação do grau de implantação (GI) das ações de controle da esquistossomose na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Serrambi, localidade do litoral do Estado vulnerável à transmissão da doença. Para tanto, foi procedida uma análise de implantação, que avaliou a influência do contexto utilizando-se o referencial teórico de Carlos Matus, no GI da intervenção. Utilizaram-se questionários estruturados que foram aplicados ao coordenador do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), Coordenador da Atenção Básica, Secretária de Saúde e aos profissionais da ESF. Também foram pesquisados registros oficiais e os documentos de gestão. Empregou-se um sistema de escores que classificou o GI da intervenção em implantado (90 a 100 pontos), parcialmente implantado (60 a 89 pontos) e não implantado (< 59). A influência do Contexto sobre o GI foi classificada conforme escores em incipiente (quando alcançou menos de 33% dos pontos), intermediária (quando alcançou entre 33,3 e 66,6% dos pontos) e avançada (quando alcançou mais de 66% dos pontos). O GI das ações de vigilância e controle da esquistossomose na ESF da localidade foi 'não implantado' (49,86 pontos). A análise do contexto evidenciou que o Município de Ipojuca tem uma capacidade de gestão avançada para gerir o PCE na ESF, no entanto, mostrou-se ineficiente na condução adequada da implantação da intervenção estudada em Serrambi, devido ao frágil projeto de governo e à não capilarização dos fatores favoráveis para Serrambi. Conclui-se, portanto que há necessidade de se instaurar ações voltadas para o controle da expansão da doença por meio das ESF sob a perspectiva da atenção integral.

Palavras-chave: Esquistossomose mansoni; Avaliação de programas e projetos de saúde; Política de saúde; Estratégia de Saúde da Família.

BARRETO, Mariana Sena. **Analysis on the Implementation of Schistosomiasis Control Actions in the Family Health Strategy:** a case study in coastal and vulnerable town in Pernambuco. 2015. Dissertation (Masters in Public Health) – Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

ABSTRACT

Since 1975 actions have been developed to control schistosomiasis. However, despite efforts to control the disease in the state of Pernambuco, the transmission area has expanded to the coast. This study was developed to know the factors involved in the variation of the implementation degree (GI) of schistosomiasis control actions in Serrambi ESF (Family Health Strategy). To this, was performed an evaluated analysis of the context influence (Management Capacity), using the Carlos Matus theory. We used structured questionnaires applied to the PCE (Schistosomiasis Control Program) coordinator, Primary care coordinator, Secretary of Health and professional family health strategy that whose duties are clearly defined to the schistosomiasis control. Were also surveyed official records and documents management. We used a scoring system that ranked the GI intervention in deployed (90-100 points), partially deployed (60-89 points) and not deployed (<59). The influence of context on the GI was classified in incipient (when achieved less than 33% of the points), intermediate (when achieved between 33.3 and 66.6% of the points) and advanced (when it reached more than 66% of points). The GI of vigilance and control of schistosomiasis in Serrambi family health strategy location was 'not deployed' (49.86 points). The context analysis highlighted that Ipojuca has an advanced management capabilities to the PCE in the family health strategy, however, proved to be inefficient in the proper conduct of the implementation of the study intervention in Serrambi, due to the fragile design of government and non-capillarity the favorable factors for Serrambi. It follows therefore that it is necessary to establish actions to control the spread of the disease through the family health strategy from the perspective of integrality.

Keywords: Schistosomiasis mansoni; Program Evaluation; Health Policy; Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1	REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	10
1.1	A evolução da Esquistossomose no Estado de Pernambuco	10
1.2	As Ações de Controle da Esquistossomose	11
1.3	A Proposta atual das Ações de Controle da Esquistossomose	13
1.3.1	<i>Classificação das áreas de transmissão/Reconhecimento Geográfico</i>	13
1.3.2	<i>Inquérito Coproscópico</i>	15
1.3.3	<i>Quimioterapia</i>	15
1.3.4	<i>Controle dos Hospedeiros Intermediários</i>	16
1.3.5	<i>Medidas de Saneamento Ambiental</i>	16
1.3.6	<i>Educação em Saúde e Mobilização Comunitária</i>	17
1.3.7	<i>Sistema de Informação sobre o Programa da Vigilância e Controle da Esquistossomose (SISPCE)</i>	17
1.4	A Estratégia de Saúde da Família e as Ações de Controle da Esquistossomose	17
1.5	A Avaliação em Saúde	20
1.6	A Importância de se Avaliar a Implantação das Ações de Vigilância e Controle da Esquistossomose desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família	24
2	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo Geral	26
2.2	Objetivos Específicos	26
3	MÉTODOS	27
3.1	Estratégia de estudo	27
3.2	Área de estudo	27
3.2.1	<i>Serrambi (Município de Ipojuca)</i>	28
3.3	Sujeitos da Pesquisa	28
3.4	Etapas Metodológicas	29
3.4.1	<i>Primeira Etapa: Estimação do Grau de Implantação (GI) das ações de controle da Esquistossomose desenvolvidas pelos profissionais da ESF da localidade</i>	29
3.4.1.1	<u>Construção do Modelo Teórico Lógico (MTL) da intervenção</u>	29

3.4.1.2	<u>Construção da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ)</u>	30
3.4.1.3	<u>Submissão da Matriz à Consulta com Experts</u>	30
3.4.1.4	<u>Elaboração dos instrumentos de coleta de dados</u>	37
3.4.1.5	<u>Coleta dos dados</u>	37
3.4.1.6	<u>Análise dos dados coletados</u>	37
3.4.2	<i>Segunda etapa: Avaliação do Contexto Político-Institucional</i>	37
3.4.2.1	<u>Construção do MTL da influência do contexto político-institucional na implantação do PCE na ESF</u>	38
3.4.2.2	<u>Construção da MAJ contextual da capacidade de gestão</u>	39
3.4.2.3	<u>Submissão da Matriz à Consulta com Experts</u>	40
3.4.2.4	<u>Construção dos instrumentos de coleta de dados</u>	44
3.4.2.5	<u>Coleta dos dados</u>	44
3.4.2.6	<u>Análise da influência do contexto político institucional no GI</u>	44
3.5	Categorias de Análise	44
3.5.1	<i>Para a Avaliação Normativa</i>	44
3.5.1.1	<u>Estrutura</u>	44
3.5.1.1.1	<u>Recursos Materiais</u>	44
3.5.1.1.2	<u>Recursos Humanos</u>	45
3.5.1.2	<u>Processo</u>	46
3.5.2	<i>Para o Estudo do Contexto Política Institucional</i>	46
3.6	Plano de Análise	46
3.6.1	<i>Para a Avaliação Normativa</i>	46
3.6.1.1	<u>Plano de análise da avaliação da estrutura</u>	47
3.6.1.2	<u>Plano de análise da avaliação do processo</u>	48
3.6.1.3	<u>Plano de análise do Grau de Implantação do PCE na ESF</u>	49
3.6.2	<i>Para a análise do Contexto Político Institucional</i>	50
4	ASPÉCTOS ÉTICOS	52
5	RESULTADOS	53
5.1	Avaliação do Grau de Implantação	53
5.1.1	<i>Avaliação do Grau de Implantação da Estrutura</i>	53
5.1.1.1	<u>Avaliação do componente Recursos Humanos</u>	53
5.1.1.2	<u>Avaliação do componente Recursos Materiais</u>	55
5.1.1.3	<u>Total de pontos da dimensão estrutura (GI da dimensão estrutura)</u>	55

5.1.2	<i>Avaliação do Grau de Implantação do Processo</i>	57
5.1.2.1	<u>GI do componente Promoção da Saúde</u>	57
5.1.2.2	<u>GI do componente Assistência</u>	57
5.1.2.3	<u>GI do componente Vigilância</u>	59
5.1.2.4	<u>Total de pontos da dimensão processo (GI da dimensão processo)</u>	60
5.1.3	<i>Cálculo do Grau de Implantação do PCE na ESF</i>	62
5.2	Análise do contexto político-institucional (capacidade de gestão) e suas influências sobre o GI	62
5.2.1	<i>Projeto de Governo</i>	62
5.2.1.1	<u>Financiamento da Saúde</u>	64
5.2.1.2	<u>Saúde como Prioridade de Governo</u>	65
5.2.1.3	<u>Ações Intersetoriais</u>	68
5.2.2	<i>Capacidade de Governo</i>	69
5.2.2.1	<u>Competência</u>	70
5.2.2.1.1	<u>Conhecimento</u>	70
5.2.2.1.2	<u>Habilidade</u>	70
5.2.2.1.3	<u>Atitude</u>	70
5.2.2.2	<u>Perfil do Gestor</u>	71
5.2.2.3	<u>Planejamento e Avaliação</u>	71
5.2.2.4	<u>Modalidade de Gestão</u>	71
5.2.3	<i>Governabilidade</i>	72
5.2.3.1	<u>Base de Apoio Político</u>	72
5.2.3.2	<u>Autonomia Financeira</u>	72
5.2.4	<i>A influência do contexto político institucional sobre o grau de implantação das ações de controle e vigilância da esquistossomose na ESF de Serrambi</i>	72
6	DISCUSSÃO	76
6.1	O GI das ações de vigilância e controle da Esquistossomose na EqSF	76
6.2	Análise do Contexto Político-Institucional e sua influência no GI	78
7	CONCLUSÕES	82
	REFERÊNCIAS	83

1 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

1.1 A evolução da Esquistossomose no Estado de Pernambuco

Pernambuco é um dos Estados brasileiros que exhibe percentuais médios mais elevados de pessoas com esquistossomose (BRASIL, 2014a). Em inquérito realizado em 1977, a positividade estimada para o estado foi de 22,4% (FAVRE et al., 2001). Dados do Ministério da Saúde indicam que houve um decréscimo desta prevalência, entretanto, a redução da prevalência não indica que a doença está sendo controlada no Estado, uma vez que, desde a década de 90 tem se percebido uma intensa expansão da área endêmica (ARAÚJO et al., 2007; BARBOSA et al., 2010, 2013; GONÇALVES et al., 1991). Em 2001 o estado contava com 79 municípios endêmicos, a este número somaram-se 23 municípios até o ano de 2010 (FAVRE et al., 2001; BRASIL, 2010).

A área endêmica historicamente conhecida do estado é a Zona da Mata, onde as prevalências nos 43 municípios dessa região variam de 2,6 a 47,6 casos/10.000 habitantes e o risco de infecção chega a 62% (BARBOSA et al., 2006; FAVRE et al., 2001). Entretanto, tem se percebido uma expansão significativa desta área endêmica para as regiões litorâneas.

O primeiro registro de área endêmica no litoral data de 1990, nas proximidades do Forte Orange, na Ilha de Itamaracá, no litoral norte do estado, onde foram identificados focos ativos de transmissão e indivíduos infectados pelo *Schistosoma mansoni* (GONÇALVES et al., 1991). Já em 2000, focos de transmissão da esquistossomose foram registrados na região litorânea na Praia de Porto de Galinhas, em Ipojuca, no litoral sul de Pernambuco (ARAÚJO et al., 2007; BARBOSA et al., 2001;).

Em 2008 foram identificados criadouros do molusco transmissor da esquistossomose em todos os 13 municípios do litoral de Pernambuco, com focos de transmissão ativa em 08 deles (BARBOSA et al., 2010, 2013), e, mais recentemente, em 2013, foi registrada a existência de um novo criadouro de *Biomphalaria glabrata*, na localidade de Serrambi, importante balneário turístico no Município de Ipojuca. Este achado reveste-se de importância epidemiológica uma vez que esta é uma espécie bem adaptada às condições dos ambientes litorâneos (SILVA et al., 2006) onde demonstra ser excelente vetor da esquistossomose, a exemplo dos altos índices de positividade que mantém na localidade contígua de Porto de Galinhas (GOMES et al., 2012).

1.2 As Ações de Controle da Esquistossomose

Devido à multicausalidade associada à transmissão da esquistossomose e à histórica endemicidade da mesma, medidas regulares de controle da Esquistossomose têm sido desenvolvidas no Brasil desde 1975, através da criação do Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE). O PECE era operacionalizado pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) que direcionava as atividades para o inquérito coproscópico e tratamento quimioterápico em massas (FAVRE et al., 2001; TEIXEIRA; PAIM, 1990). O programa realizava ainda o tratamento de criadouros de importância epidemiológica com uso de moluscicidas. Saneamento, abastecimento de água e educação em saúde eram implementadas esporadicamente por meio da construção de lavanderias e privadas pela Fundação Especial de Serviços de Saúde Pública (FSESP).

Em 1980, o PECE passou a ser denominado de Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), e perdeu as características de programa especial, tornando-se um programa de rotina do Ministério da Saúde, ainda sob a coordenação da SUCAM, com a manutenção das estratégias anteriores, mas com maior restrição do tratamento em massa e ampliação dos inquéritos coproscópicos. O uso de moluscicida passou a ser uma medida auxiliar (FAVRE et al., 2001; PAIM, 2003).

Em 1990, o PCE foi reestruturado e passou a ser dirigido pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), que se originou da fusão da SUCAM com a FSESP, ainda seguindo o modelo campanhista de atenção à saúde (FAVRE et al., 2001).

Precedia a esta fusão os movimentos da reforma sanitária brasileira, que, embasados na necessidade da reorientação do modelo de atenção à saúde vigente, culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) cujas diretrizes são a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

A partir de 1993, teve início a descentralização das ações de vigilância e controle da esquistossomose para as gestões municipais, dos Estados e do Distrito Federal. Esse processo intensificou-se a partir de 1999, quando, através da portaria nº 1.399 (BRASIL, 2014b), foi normatizada a descentralização da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, dentre estas, a esquistossomose.

Atualmente, o Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2006), a Portaria nº 3.252, de 2009 (BRASIL, 2014c), e a Portaria nº 1378, de 2013 (BRASIL, 2014d), adicionam novas condições para o processo de descentralização através aprovação das diretrizes para execução

e financiamento das ações de Vigilância em Saúde e firmando pactos entre as três esferas do SUS.

A partir de 2003 o PCE passou a ser denominado Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose e propunha um modelo integral de controle da doença, cujas estratégias consistem, a depender da classificação quanto à transmissão (endêmica, focal, vulnerável ou indene), e, por consequência, dos objetivos do programa para cada área específica, em diagnosticar e tratar precocemente os portadores da doença, bem como fazer medidas complementares de controle dos moluscos transmissores, ações de educação em saúde e a indicação de áreas prioritárias para implementação de ações de engenharia sanitária e ambiental (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

No Estado de Pernambuco as ações de controle da Esquistossomose começaram a ser desenvolvidas de forma descentralizada a partir do ano de 2000 pela maioria dos municípios endêmicos. Entretanto, resultados dos estudos de Quinino et al. (2009, 2010) e Farias et al (2007) indicam que estas ações vêm sendo desenvolvidas de forma não sistemática, descoordenada, desintegrada e desarticulada, o que contribui para que os objetivos propostos pelo programa não estejam sendo atingidos, indicando que, apesar dos esforços em controlar a esquistossomose, esta doença ainda representa um grave problema de saúde pública no estado, cuja endemia persiste e onde a área endêmica tem se expandido expressivamente.

Esta situação motivou o Governo do Estado de Pernambuco a criar o Programa de Enfrentamento à Doenças Negligenciadas (Programa SANAR), que busca o controle e/ou a eliminação de 7 doenças consideradas negligenciadas no estado de Pernambuco, entre os anos de 2011 e 2014. Entre as doenças eleitas pelo Programa SANAR está a esquistossomose. A sua inclusão no programa está justificada pelas razões já citadas neste e no item 1.1 deste trabalho. A conjuntura atual das ações de controle da esquistossomose em Pernambuco conjuga as ações previstas pelo PCE, com o incremento das ações estratégicas do SANAR. Então, em vistas a atingir os objetivos do SANAR, algumas estratégias do PCE foram readaptadas nos municípios e localidades prioritárias do Programa, a saber: (1) a operacionalização do Tratamento Coletivo tem sido realizada quando a localidade apresenta positividade maior que 10%, e não apenas quando a positividade excede 25%, como indica o PCE; e (2) o incentivo à integração entre a atenção básica/Estratégia de Saúde da Família e a Vigilância em Saúde para a prestação das ações de vigilância e controle da esquistossomose foi ampliado. Os resultados e impactos do Programa SANAR nas condições de transmissão da esquistossomose no estado ainda estão em mensuração (PERNAMBUCO, 2013).

1.3 A Proposta atual das Ações de Controle da Esquistossomose

As estratégias atualmente utilizadas pelo Programa de Controle da Esquistossomose estão em concordância com o modelo de atenção à saúde vigente e variam de acordo com a área e níveis de transmissão da doença, devendo incluir ações orientadas para:

1.3.1 Classificação das áreas de transmissão/Reconhecimento Geográfico

A classificação das áreas de acordo com o risco de transmissão é pré-requisito para o estabelecimento de objetivos, prioridades e a adequada implementação das ações de vigilância e controle da esquistossomose. Essas áreas podem ser classificadas em: indene, vulnerável, focal ou endêmica, que podem ser entendidas como:

- a) Área indene: É aquela em que não há registro de transmissão da Esquistossomose. O Objetivo do programa nessas áreas é manter a vigilância epidemiológica (notificação, investigação e tratamento dos casos), eficiente e eficaz, impedindo o estabelecimento da transmissão da esquistossomose. As áreas indenes podem ser (1) com potencial de transmissão, quando, embora livre da transmissão abriga populações de caramujos susceptíveis ao *S. mansoni*, sendo, portanto, áreas receptivas ao processo de transmissão da esquistossomose, ou (2) sem potencial de transmissão, quando comprovadamente não existe a presença de planorbídeos de espécies de importância epidemiológica na transmissão da esquistossomose. Para a definição e delimitação das áreas indenes com e sem potencial de transmissão, é fundamental o desenvolvimento de atividades de malacologia, com permanente atualização das cartas planorbídicas (BRASIL, 2008, 2014a);
- b) Área Vulnerável: É a área originalmente indene, com presença de hospedeiros intermediários, na qual modificações ambientais produzidas natural ou artificialmente possibilitam o assentamento de populações e indivíduos infectados, tornando possível o estabelecimento da transmissão. O objetivo do Programa nas áreas vulneráveis é prevenir o estabelecimento da transmissão. É necessário, portanto, cadastrar as coleções hídricas e realizar o levantamento malacológico com periodicidade semestral. As atividades educativas e de mobilização social deverão ser conduzidas nestas áreas precedendo e acompanhando todas as atividades de controle da doença (BRASIL, 2007, 2008, 2014a);

- c) Área Focal: O foco é uma área endêmica circunscrita dentro de uma área até então indene. Os objetivos do Programas nessas áreas é especificamente conter a expansão da área foco inicial e interromper a transmissão da doença (BRASIL, 2008, 2014a);
- d) Área endêmica: Corresponde ao conjunto de localidades contínuas ou contíguas em que a transmissão da esquistossomose é estabelecida, obedecendo padrões epidemiológicos decorrentes da combinação de características ambientais relacionadas ao agente etiológico e ao hospedeiro (intermediários e definitivo). Os objetivos do programa nessas áreas são (1) prevenir a ocorrência de formas graves da esquistossomose, (2) reduzir a proporção de exames positivos, por localidade, a níveis inferiores a 5% e (3) evitar a dispersão da endemia. Para tanto, as estratégias utilizadas têm por base o percentual de positividade encontrado na localidade após a realização de inquéritos censitários inicial, bianuais ou anuais, e o tratamento dos portadores identificados nos mesmos, até a interrupção da transmissão. Para além disto, visando a sustentabilidade das ações, deve-se ainda implantar medidas contínuas de educação em saúde e mobilização comunitária, estabelecer medidas de controle do caramujo e instaurar melhorias sanitárias domiciliares e ambientais (BRASIL, 2014a);

É de suma importância a classificação precoce das condições de transmissão da esquistossomose nas localidades, uma vez que, é a partir do conhecimento das particularidades locais que são delineadas as ações estratégicas de vigilância e controle da doença apropriadas. O PCE não possui ações exclusivas para as áreas endêmicas e focais, mas sim, ações estratégicas para cada condição de transmissão, de acordo com objetivo local do programa. Haja visto a atual condição de expansão da área endêmica do Estado de Pernambuco, as áreas vulneráveis merecem especial atenção, por possuir condições favoráveis ao estabelecimento da transmissão da doença, uma vez que as ações de vigilância e controle apropriadas para a localidade não venham a ser desenvolvidas. Dentro deste contexto, as Estratégias de Saúde da Família desempenham papel importante, pois o reconhecimento da área geográfica delimitada e do perfil epidemiológico e de risco da localidade são indispensáveis para a garantia da atenção à saúde da população adstrita.

As informações utilizadas para a classificação da área de transmissão, bem como as reconhecidas durante a operacionalização das ações do programa, devem estar contidas em um mapa/croqui que, por sua vez, deve ser uma ferramenta empregada para orientar as atividades de vigilância e controle da esquistossomose. Na preparação dos croquis dá-se ênfase à localização das coleções hídricas em geral e, em particular, àquelas que servem de

criadouros de caramujos, os quais deverão estar destacados e classificados (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998; BRASIL, 2008, 2014a).

1.3.2 Inquérito Coproscópico

Tem por finalidade acompanhar a evolução da doença nos municípios e localidades trabalhadas, identificar aquelas pessoas que devem ser tratadas e avaliar do impacto das ações, além de servir como base para o planejamento de ações posteriores (BRASIL, 2014a). Os Inquéritos Coproscópicos devem ser executados pelos Agentes de Saúde Ambiental (ASA) e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS SAÚDE, 2007), sob supervisão do coordenador do programa e enfermeiros. É realizado mediante a coleta de material fecal que será examinado pelo método de diagnóstico Kato-Katz. A partir do resultado, pode-se calcular a prevalência e a intensidade da infecção da esquistossomose nas localidades trabalhadas (BRASIL, 2014a).

É recomendado que após a realização do inquérito inicial, novos inquéritos sejam realizados. Os passos subsequentes para o controle da doença vão depender de inquéritos Coproscópicos bem realizados, que cubram ao menos 80% da população local. Dependendo do resultado encontrado nos inquéritos, os municípios e as localidades serão classificados como endêmico, foco, vulnerável ou indene, o que definirá e direcionará as atividades de controle a serem realizadas a partir de então (BRASIL, 2008, 2009, 2014a).

1.3.3 Quimioterapia

Atualmente o Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose trabalha com apenas um medicamento para o tratamento da esquistossomose mansônica: o Praziquantel. O tratamento faz-se com dose única e por via oral, de 50 mg/kg de peso para adultos e 60 mg/kg para crianças até 15 anos (BRASIL, 2014a). As estratégias para o tratamento de portadores de *S. mansoni*, conforme recomendações do Ministério da Saúde, devem buscar coberturas superiores a 80% e ter por base o percentual de positividade encontrado na localidade após a realização dos inquéritos censitários: (1) prevalência menor que 15%, tratar somente os casos positivos, (2) prevalência igual ou superior a 15% e menor que 25%, tratar casos positivos e conviventes no domicílio e (3) prevalência maior que 25%, tratar toda a população (BRASIL, 2014a).

O tratamento quimioterápico deve ser realizado pelo profissional da atenção básica/Estratégia de Saúde da Família da área onde está acontecendo o inquérito, habilitado para tal. Nas áreas descobertas pelo PSF, os casos positivos devem ser referenciados para um profissional de outra área (BRASIL, 2007).

1.3.4 Controle dos Hospedeiros Intermediários

A aplicação de métodos químicos de controle de planorbídeos é recomendada como medida auxiliar em localidades onde haja focos de importância epidemiológica e quando obras de engenharia sanitária não são viáveis. A investigação epidemiológica pode determinar a necessidade de controle ou eliminação de determinada população de moluscos. Levando-se em conta a agressão provocada pelos moluscidas químicos à flora e à fauna aquática, é imprescindível o conhecimento da dinâmica populacional dos caramujos para que a aplicação do moluscida tenha o máximo de eficácia. Por tanto, uma vez indicada a eliminação dos caramujos após a investigação epidemiológicas, a aplicação de moluscida nos criadouros deve ser programada de modo a coincidir com o período de menor densidade populacional dos planorbídeos e ser concomitante ao tratamento químico (BRASIL, 2014a).

A eliminação dos planorbídeos, quando indicada, esta legalizada através do Artigo 37 da Lei nº 9.605 de 12 de fevereiro de 1998 (Lei de Crimes Ambientais), que institui que o abate de espécimes da fauna não pode ser considerado crime quando os espécimes em questão forem declarados nocivos pelos órgãos competentes, de acordo com a Instrução Normativa do IBAMA nº. 141 de 19 de dezembro de 2006 (IBAMA, 2015).

1.3.5 Medidas de Saneamento Ambiental

Medidas de saneamento devem ser tomadas em todas as localidades, independentemente do nível de prevalência ou classificação de risco de transmissão e deve contar com a participação dos órgãos municipais e da comunidade local. O saneamento ambiental aplicado ao controle da esquistossomose tem como objetivos maximizar as condições naturais adversas à proliferação e ao desenvolvimento dos hospedeiros intermediários e reduzir a possibilidade de contato do homem com o agente patógeno. As medidas principais incluem: aterro de coleções hídricas; drenagem ou retificação de leitos, etc. (BRASIL, 2008, 2014a).

1.3.6 Educação em Saúde e Mobilização Comunitária

Devem ser realizadas independente dos níveis de prevalência, e visam não só envolver as comunidades na execução das ações de controle, como também ampliar seu nível de conscientização de modo a lhe permitir demandar das autoridades competentes as medidas concretas para a solução do problema da esquistossomose (BRASIL, 2008, 2014a). Devem ser realizadas por todos os profissionais envolvidos com o programa, inclusive pelos profissionais das Estratégias de Saúde da Família (BRASIL, 2007).

1.3.7 O Sistema de Informação sobre o Programa da Vigilância e Controle da Esquistossomose (SISPCE)

O Sistema de Informação sobre o Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (SISPCE) foi implantado a partir de 1995, e era inicialmente operado nos distritos sanitários e coordenações regionais da Funasa. Com a descentralização das ações de controle e vigilância das doenças, as Secretarias Estaduais e Municipais passaram a ser responsáveis pela gestão e operacionalização das atividades do sistema. Portanto, os municípios devem consolidar os dados gerados a partir das atividades do PCE e alimentar seu sistema de informações específico: o SISPCE. Os resultados de todas as atividades realizadas nos municípios devem ser enviados para a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, que, por sua vez, consolidará os dados do estado e encaminhará para a Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2008, 2009, 2014a).

1.4 A Estratégia de Saúde da Família e as Ações de Controle da Esquistossomose

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida pela Organização Mundial de Saúde como:

A assistência sanitária essencial, baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitos, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, constituindo-se o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária. É parte integrante do sistema nacional de saúde como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato entre os indivíduos, a família e a comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção ao lugar onde residem e trabalham as pessoas e constitui-se no primeiro elemento de um processo contínuo de assistência à saúde (CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD, 1978)

É no sentido de reorientar o modelo assistencial brasileiro vigente que, através de ações operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, o Ministério da Saúde lançou em 1994 o Programa de Saúde da Família, que posteriormente, em 1996, passaria a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). As equipes multiprofissionais da ESF (EqSF) são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Estas desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2001).

É prioridade da atual política do Ministério da Saúde que os profissionais da EqSF e da Vigilância em Saúde atuem no controle da Esquistossomose, de forma integrada, respeitando as especificidades de cada profissional. O objetivo desta integração é potencializar o trabalho, evitando a duplicidade de ações, que embora distintas, se complementam (BRASIL, 2014a). Assim, ações de vigilância devem estar inseridas cotidianamente nas práticas das EqSF, sendo condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para os alcances dos resultados pretendidos em integração com a Vigilância em Saúde. Desta forma, entre as atribuições dos membros da ESF constam ações de controle da Esquistossomose integradas à vigilância em adequação com as diretrizes técnicas do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose e em conformidade com o Caderno de Atenção Básica nº 21 do Ministério da Saúde (PCE) (BRASIL, 2007).

Portanto, para o cumprimento das ações preconizadas pelo PCE são deliberadas atribuições ao Agente Comunitário de Saúde, Médico, Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem das EqSF, a saber (BRASIL, 2007):

- a) Ao Agente Comunitário de Saúde (ACS): identificar os casos suspeitos de esquistossomose e encaminhá-los à unidade de saúde para diagnóstico e tratamento; supervisionar a tomada em dose única da medicação para esquistossomose, quando indicada; agendar o controle de cura; investigar a existência de casos no núcleo familiar e comunidade, a partir do caso confirmado por meio do exame parasitológico de fezes, conforme planejamento e programação da UBS; proceder a distribuição de recipientes de coleta de material para exame parasitológico de fezes; receber o resultado dos exames e providenciar o acesso do paciente ao tratamento imediato e adequado, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde e das diretrizes técnicas do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (PCE); realizar ações de educação em saúde e de mobilização social; atuar junto aos domicílios informando os moradores sobre a doença – seus sintomas, riscos e o agente

- transmissor; orientar a população sobre a forma de evitar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros de caramujos; promover reuniões com a comunidade a fim de mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da esquistossomose; comunicar ao instrutor supervisor dos ACS a existência de criadouros de caramujos;
- b) Ao Médico: diagnosticar precocemente a esquistossomose; solicitar exames complementares quando necessário; realizar tratamento imediato e adequado; identificar efeitos colaterais das medicações e interações medicamentosas; encaminhar, quando necessário, os casos graves para a Unidade de Referência, respeitando os fluxos locais e mantendo-se responsável pelo acompanhamento; realizar assistência domiciliar, quando necessário; notificar os casos nas áreas indenes e vulneráveis, na área endêmica notificar apenas as formas graves; enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes à esquistossomose da área de atuação da UBS, analisar os dados e planejar as intervenções juntamente à equipe de saúde; orientar os auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou tratamento supervisionado; contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças;
- c) Ao Enfermeiro: realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão; realizar assistência domiciliar, quando necessário; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes à esquistossomose da área de atuação da UBS, analisar os dados e planejar as intervenções juntamente à equipe de saúde; notificar os casos nas áreas indenes e vulneráveis, na área endêmica notificar apenas as formas graves; encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local; orientar os auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou tratamento supervisionado; contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças;
- d) Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem: participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão; realizar

tratamento supervisionado, quando necessário, conforme orientação do enfermeiro e/ou médico; realizar assistência domiciliar, quando necessário; notificar os casos nas áreas indenes e vulneráveis, na área endêmica apenas as formas graves devem ser notificadas;

Portanto, considerando a relevância da esquistossomose como problema de saúde pública no Estado de Pernambuco, à prioridade dada ao desenvolvimento de ações integrais de vigilância e controle da esquistossomose, através da ESF, e à relevância do papel dos profissionais da EqSF enquanto operacionalizadores do PCE, fica evidente a necessidade de se instaurar processos avaliativos que objetivem avaliar como as ações de controle e vigilância da esquistossomose têm sido desenvolvidas pelos profissionais das ESF.

1.5 A Avaliação em Saúde

A avaliação é uma prática muito antiga, tendo a gênese de sua expressão no processo de modernização das sociedades ocidentais, marcado pela Revolução Industrial no final do século XVIII, que deu origem a uma série de processos tecnológicos, econômicos e sociais que marcariam o século seguinte. No século XIX, foi estabelecida uma revolução intelectual e humanista que consagra a ideia de que a ciência e a racionalidade são os principais instrumentos à disposição do ser humano para ampliar seu conhecimento do mundo e melhorar sua condição. Essas transformações geram desafios no sentido de programar intervenções necessárias à melhoria das condições de vida da população. Após a II Guerra Mundial novos impulsos foram dados à avaliação, suscitando maior atenção acerca das possibilidades oferecidas pelas ferramentas avaliativas para aperfeiçoar a concepção dos programas e melhorar seus resultados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; DUBOIS et al., 2011).

No período pós-guerra, os países industrializados passaram por um crescimento contínuo que favoreceu a criação de programas sociais que colocaram em questão a integridade e a eficácia da administração pública incumbida de implementar os mesmos. Surgiu então, o conceito de avaliação dos programas públicos. Nesse contexto a avaliação nasceu como uma necessidade, devendo servir para encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível, concebendo os programas, racionalizando o planejamento e a atribuição dos recursos públicos e assegurando as responsabilizações. Este período colaborou para a ampliação dos objetivos da avaliação e do seu conceito (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; DUBOIS et al., 2011).

O conceito de avaliação segue até os dias de hoje diverso, em coerência com a multiplicidade de questões consideradas como pertinentes e com a heterogeneidade e complexidade das intervenções, sejam elas ações, serviços, programas ou políticas públicas. A definição que parece contemplar as múltiplas dimensões da prática avaliativa é a de Champagne et al. (2011a), que diz que:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento que possa se traduzir em ações.

Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação normativa consiste em emitir julgamento de valor comparando-se os recursos empregados (estrutura), os serviços e bens produzidos (processo) e os resultados obtidos aos critérios e normas estabelecidos. Consiste, portanto, em medir o grau de conformidade dos componentes da intervenção em relação aos diversos referências de critérios e de normas existentes, ou seja, medir as diferenças entre os componentes da intervenção e critérios e normas de referência da mesma natureza (CHAMPAGNE, 2011a).

A Pesquisa Avaliativa, por sua vez, é o procedimento que consiste em fazer um julgamento de uma intervenção usando métodos científicos. É analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos, o rendimento, as relações existentes entre estas com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CHAMPAGNE, 2011^a; CONTRANDIOPOULOS et al., 1997).

A implantação é a transferência de uma intervenção no plano operacional integrada a um determinado contexto organizacional. Assim sendo, a análise de implantação consiste em estudar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante sua implantação, tendo por objeto as relações entre a intervenção, seus componentes e o contexto, em comparação com a produção dos efeitos, e tendo por objetivo delimitar melhor os fatores que facilitam e comprometem a implantação de uma intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011a).

Este tipo de análise é indicado quando os efeitos da intervenção são não nulos e pouco robustos, isto é, sensíveis às variações contextuais, ou quando uma intervenção nova é implementada, pois a análise de implantação permitirá identificar melhor a dinâmica da implantação e os fatores explicativos críticos (CHAMPAGNE, 2011a).

Segundo Hartz (1997):

A importância de se avaliar a implantação de uma intervenção revela-se indispensável para se chegar a conhecer a totalidade das intervenções, no que se relaciona à validade do seu conteúdo (intensidade com a qual as atividades são realizadas e sua adequação às normas existentes), e aos fatores explicativos das defasagens observadas entre a planificação e a execução das ações. Ela obriga a construir, a priori, a teoria do programa, especificando sua natureza (componentes e práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados.

A análise da implantação se apoia conceitualmente na análise da influência sobre quatro componentes (CHAMPAGNE et al., 2011a):

- a) Componente 01a: análise da transformação de uma intervenção;
- b) Componente 01b: análise dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções;
- c) Componente 02: análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados;
- d) Componente 03: análise da influência da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados.

Assim sendo, a análise da implantação visa, entre outras coisas, definir a influência dos fatores contextuais na variação da implantação e nos efeitos da mesma.

Teóricos da organização sugerem diversos modelos para estudar a influência do contexto na implantação das intervenções, porém, estão longe de um consenso (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

A literatura, por sua vez, propõe vários modelos conceituais que buscam apoiar a teoria organizacional em perspectivas diferentes que levam a explicações bem diferentes dos fatores que podem facilitar ou fazer obstáculos à implantação de uma intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Estudos recentes de avaliação em saúde têm se apoiado na proposta de Carlos Matus (1987), baseada em teorias sociais, políticas, econômicas e organizacionais, estudando assim o contexto político-institucional.

De acordo com Matus (1987), embora governar seja uma arte, conduzir processos de mudança não é pura arte, sendo necessário conhecer como funciona e dominar concepções sobre os sistemas sociais. Para ele, exige-se articular constantemente três variáveis: Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade do sistema.

O autor propõe que essas três variáveis sejam representadas num modelo denominado Triângulo de Governo, onde no vértice superior encontra-se o Projeto de Governo, e nos inferiores situam-se a Capacidade de Governo e a Governabilidade.

Projeto de Governo e Capacidade de Governo são variáveis intimamente relacionados ao governante, ou à sua equipe. Já a Governabilidade, relaciona-se ao jogo de forças que se configuram no sistema no qual o governante governa com outros atores do sistema (MATUS, 1987, 1996).

Esses vértices do triângulo compõem três sistemas de natureza distinta que tem na ação humana o ponto de interação, como algo comum aos três. O sistema de propostas de ações constitui o Projeto de Governo (PG); o sistema social, de possibilidades de ações, é a Governabilidade (GOV) do sistema; e o sistema de direção e planejamento que trata da capacidade para produzir ações, ou seja, a Capacidade de Governo (CG).

O Projeto de Governo diz respeito, então, ao conjunto de proposições elaboradas pelos dirigentes, para o alcance dos objetivos definidos por um ator, de acordo com seus interesses, sendo, também, influenciado pelas circunstâncias e, inclusive, a sua Capacidade de Governo. Projeto de Governo é expressão do capital político e intelectual aplicados para uma ação (MATUS, 1987, 1996).

Por Capacidade de Governo (capacidade de direção/condução), Matus (1987) se refere ao conhecimento acumulado pelas experiências de um ator, e de sua equipe de governo, em termos de destrezas, técnicas, métodos de direção, habilidades e teorias para conduzir o processo social em relação aos seus objetivos. Está incluída nesta categoria a capacidade de explicar a realidade, antecipar respostas e propor ações adequadas.

A Governabilidade de um sistema se refere à relação de peso entre as variáveis que os atores envolvidos na implantação de um plano controlam e não controlam. Ela influencia um processo de um governo (a influência sobre a dinâmica social em direção ao projeto). Assim, se um determinado ator possui alta Capacidade de Governo, ele controlará mais variáveis e, portanto, aumentará a sua Governabilidade. Também depende dos objetivos do ator: quanto mais modestos, maior será sua governabilidade (MATUS, 1987, 1996).

Apoiada na teoria de Matus e seus conceitos, Guimarães et al. (2004), admite que a capacidade de gestão de uma organização é aferida com base em três dimensões, interdependentes entre si, cujas relações compõem o Triângulo de Governo. Essas dimensões revelam a capacidade de gestão por meio da articulação dinâmica entre a existência de projetos de governo, do grau de governabilidade do sistema e da capacidade de governo. Por assim ser, a capacidade de gestão de uma organização social é a faculdade de uma

organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão.

O que se pode verificar é se há conjunção e intersecção entre esses três vértices, sendo essa consideração muito importante para a avaliação da capacidade de gestão e, por conseguinte, para a análise dos dados desta pesquisa.

1.6 A Importância de se Avaliar a Implantação das Ações de Vigilância e Controle da Esquistossomose desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família

Devido à importância epidemiológica da Esquistossomose, Quinino et al. (2009) realizou uma avaliação normativa com o objetivo de avaliar as ações de rotina do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios da Região Metropolitana do Recife, em Pernambuco, e, posteriormente, em seu estudo publicado em 2010, realizou uma análise de implantação, que avaliou a influência do contexto no GI do PCE em dois municípios do mesmo Estado de Pernambuco.

Segundo Quinino et al. (2009, 2010), as ações de vigilância e controle da doença em Pernambuco vêm sendo desenvolvidas de forma não sistemática, descoordenada, desintegrada e desarticulada, indicando que, apesar dos esforços em controlar a esquistossomose, esta doença ainda representa um grave problema de saúde pública no estado. Assim sendo, Quinino et al. (2010) aponta para a necessidade de se avaliar, em profundidade, a integralidade das ações de controle da esquistossomose, especialmente através das ESF, sugerindo que a não operacionalização das ações por parte dos profissionais das EqSF pode estar fragmentando o controle e a vigilância do agravo, e cooperando para a manutenção e expansão da área endêmica.

Portanto, considerando: (1) a relevância da esquistossomose como problema de saúde pública no Estado de Pernambuco, que têm sua área endêmica mantida e expandida, (2) a importância da Vigilância e do Controle da Esquistossomose em áreas vulneráveis, no sentido de prevenir o estabelecimento da transmissão em áreas antes indenes, e conseqüentemente, colaborar para a contenção da expansão da área endêmica, e (3) a carência de estudos avaliativos que tratem das ações de controle da esquistossomose com abordagem nas ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família, fica evidente a necessidade de se instaurar processos avaliativos que objetivem avaliar a implantação das ações de controle e vigilância da esquistossomose desenvolvidas através das EqSF em localidades vulneráveis à transmissão

da esquistossomose, identificando o nível de cumprimento das normas e critérios preconizados pelo programa (grau de implantação) e os determinantes contextuais implicados na implantação do mesmo. Através dos resultados obtidos por meio dos estudos avaliativos dessas ações é possível aprimorar as práticas de vigilância da esquistossomose desenvolvidas pelos profissionais da ESF, favorecendo o controle da doença.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a implantação das ações de controle da esquistossomose desenvolvidas pelas EqSF em localidade litorânea vulnerável à transmissão da doença do Estado de Pernambuco.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Estimar o Grau de Implantação (GI) das ações de controle da Esquistossomose desenvolvidas pelas EqSF da localidade;
- b) Caracterizar o contexto político-institucional;
- c) Analisar a influência do contexto na implantação das ações;

3 MÉTODOS

3.1 Estratégia de estudo

Foi realizada uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, privilegiando o componente 1b, que corresponde, de acordo com a tipologia proposta por Champagne et al. (2011a), à análise da influência dos determinantes contextuais no grau de implantação da intervenção. Este estudo buscou, portanto, entender melhor os fatores contextuais que explicam as variações observadas no nível da implantação de uma intervenção, supondo que estas últimas influenciam fortemente os efeitos produzidos pela mesma.

A apreensão dos aspectos contextuais utilizou o modelo político – institucional desenvolvido por Carlos Matus (1987), que se baseia nas teorias sociais e preconiza que, para se conduzir e operacionalizar uma intervenção é necessário conhecer como a mesma funciona e dominar concepções sobre os sistemas sociais através da articulação constante entre os três vértices do seu Triângulo de Governo (Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade). Este modelo dialoga com a proposta de Denis e Champagne (2011a) quando considera o programa de controle da esquistossomose como uma intervenção social e, portanto, passível de sofrer influências externas (contextuais) no momento de sua implantação.

Para se alcançar os objetivos deste estudo o desenho apropriado foi o estudo de caso, já que se optou por realizar a análise em profundidade de um fenômeno em um só meio (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; YIN, 2001). Mais especificamente, um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Assim, a utilização desta estratégia é apropriada para circunstâncias onde se pretende examinar as relações existentes entre as diferentes variáveis para o entendimento de um fenômeno complexo, quando o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos ou quando se trabalha com uma problemática contemporânea (YIN, 2001).

3.2 Área de estudo

A localidade que fez parte do estudo enquadrou-se nos seguintes critérios:

- a) Pertencer a um município habilitado para as ações e endemia;
- b) Pertencer a um município com o PCE implantado há pelo menos 05 anos;

- c) Ser litorânea – ter criadouros a uma distância menor que 02 km do mar;
- d) Ser classificada como vulnerável à transmissão da Esquistossomose;
- e) Ter toda a população prevista no SISLOC coberta por equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF);
- f) A ESF deve estar instituída na localidade há pelo menos 05 anos;
- g) Não ser localidade prioritária para o tratamento coletivo do Programa SANAR.

Com esses critérios, foi identificada a localidade de Serrambi, no Município de Ipojuca.

3.2.1 Serrambi (Município de Ipojuca)

A localidade de Serrambi faz parte do Município de Ipojuca, localizada no litoral sul de Pernambuco, a uma distância de 70Km da capital do Estado. Neste estudo o *CASO* é a localidade de Serrambi e a unidade de análise é a ESF local, portanto, a área a ser considerada para este estudo será representada pela área adstrita na ESF 05 - Serrambi (CNES: 2499827), contemplando a EqSF e os usuários cadastrados na mesma.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Levando em conta que o objetivo da análise de implantação é conhecer o cenário onde a intervenção está implantada, e que este cenário deve fornecer diferentes níveis de explicação do fenômeno observado, foram eleitos como informantes-chave os atores implementadores da intervenção, pois são eles os que vão traduzir a política em ações.

Portanto, foram considerados:

- a) Os atores responsáveis pela condução da política de saúde municipal, ou seja, aquele que influencia politicamente a implantação das ações de vigilância e controle da esquistossomose na ESF (Secretária Municipal de Saúde).
- b) Os produtores diretos dos serviços de saúde, a saber: Profissionais da EqSF com atribuições bem definidas para o controle da esquistossomose (Agente Comunitário de Saúde, Técnico/Auxiliar de Enfermagem, Médico e/ou Enfermeiro) e Profissionais da Gestão direta das ações de controle e vigilância da esquistossomose na ESF (Coordenador da Atenção Básica e Coordenador do PCE).

3.4 Etapas metodológicas

Esta pesquisa se desenvolveu em 02 etapas, a saber: (1) Estimação do Grau de Implantação (GI) das ações de controle da Esquistossomose desenvolvidas pelos profissionais da ESF da localidade e (2) Avaliação do Contexto Político-Institucional.

3.4.1 Primeira Etapa: Estimação do Grau de Implantação (GI) das ações de controle da Esquistossomose desenvolvidas pelos profissionais da ESF da localidade

Para a mensuração do GI da intervenção, se faz necessário o cumprimento de alguns passos, que dizem respeito à (01) construção do Modelo Teórico Lógico (MTL) da intervenção, (02) construção da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), (03) submissão da Matriz à Consulta com Experts, (04) elaboração dos instrumentos de coleta de dados, (05) coleta dos dados e (06) análise dos dados coletados.

3.4.1.1 Construção do Modelo Teórico Lógico (MTL) da intervenção

Para Medina (1997), o MTL deve ser entendido como um “esquema visual de como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados”, ou seja, o MTL deve fornecer uma visão integral de como a intervenção deve funcionar. Para Champagne *et al.*, (2011b), a partir da modelização é possível explicitar a conexão entre uma intervenção e seus efeitos e documentar o sentido de um programa a partir da conceptualização dos vínculos entre as estruturas, os processos e os resultados, bem como com os contextos políticos e organizacionais.

O MTL deve conter os seguintes elementos, segundo Bezerra et al. (2010):

- a) Componentes: são palavras-chaves que podem ser retiradas dos objetivos específicos do programa e que podem também ser definidos após o elenco das atividades do programa e posterior agregação das atividades afins;
- b) Recursos: são representados por tudo aquilo que entra (como volume e estruturação dos diferentes recursos mobilizados – financeiros, humanos, imobiliários, técnicos e informacionais) para se conseguir um produto final;
- c) Processos/Atividades: são os meios utilizados para atingir os resultados esperados;
- d) Resultados: estão diretamente relacionados com as atividades, ou seja, cada atividade tem sua consequência imediata;

- e) Impacto: são as mudanças que o programa pretende proporcionar;

Para construção do MTL foi necessária a especificação do seu conteúdo a partir dos seguintes documentos:

- a) Controle da esquistossomose- diretrizes técnicas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).
- b) Vigilância da Esquistossomose Mansonii: diretrizes técnicas (BRASIL, 2014a).
- c) Vigilância e controle de moluscos de importância epidemiológica: diretrizes técnicas (BRASIL, 2008).
- d) Cadernos de Atenção Básica nº 21 (BRASIL, 2007).
- e) Portaria nº 1172, de 15 de junho de 2004 (BRASIL, 2014e).
- f) Portaria nº 1.007, de 04 de maio de 2010. (BRASIL, 2014f).
- g) Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).
- h) Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2014g);

3.4.1.2 Construção da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ)

As matrizes são utilizadas como forma de expressar a lógica de uma intervenção em sua parte, ou todo, traduzindo como os seus componentes contribuem na produção dos efeitos, favorecendo a síntese em forma de juízo de valor (ALVES et al., 2010).

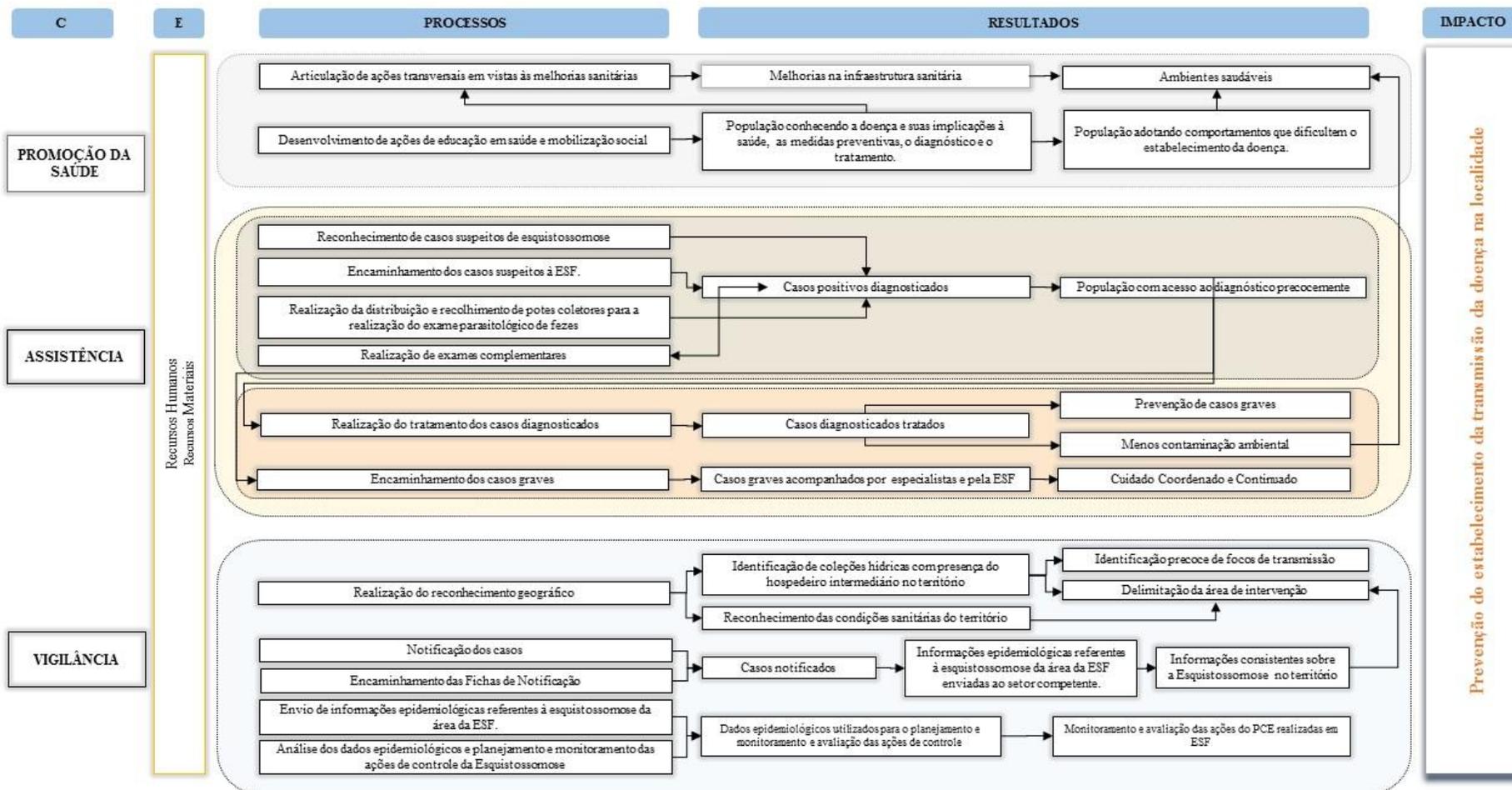
A partir do MTL construído previamente foi arquitetada uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), contendo para cada componente pré-estabelecido, dimensões (estrutura ou processo), critérios (atributos utilizados para mensurar o programa ou algum de seus componentes), indicadores (medida ou fator empiricamente conectado ao critério, que estabelece o meio simples e confiável de medir a ocorrência de um fenômeno), parâmetro/padrão (valor de referência para a mensuração de um fenômeno ou objeto, considerado como ideal) e pontos de corte para o julgamento (estratificação dos parâmetros/padrão) (ALVES, et al., 2010; PATTON, 1997).

A MAJ reflete o que é idealizado em relação ao controle da esquistossomose no que diz respeito ao trabalho da EqSF e serviu para ponderar se as ações dos profissionais encontram-se em adequação às normas preconizadas.

3.4.1.3 Submissão da Matriz à Consulta com Experts

Uma vez elaborados, o MTL e a MAJ foram submetidos à técnica de Consulta com Experts. Para tanto, 03 experts da área apreciaram as construções e ponderaram e julgaram a adequação e aplicabilidade das mesmas aos objetivos propostos pelo presente estudo. Cada Expert recebeu, por correio eletrônico, a proposta inicial da MTL e da MAJ. Os participantes julgaram a pertinência do conteúdo do MTL e, na MAJ, ponderaram os valores de cada um dos quesitos apresentados. Além disso, cada participante pôde sugerir retirada, conforme impertinências, acrescentar outros componentes ou alterar os existentes, nos dois instrumentos sob consulta. Com o fim desta etapa, após a absorção das contribuições dos Experts da área, as mesmas foram arquitetadas da maneira a seguir (Figura 1, Quadro 1 e Quadro 2):

Figura 1 - Modelo Teórico Lógico das ações de controle e vigilância a esquistossomose em ESF – Localidade Vulnerável.



Fonte: Autora do Trabalho

Quadro 1 – Matriz de Análise e Julgamento da *Dimensão Estrutura* da intervenção do estudo.

<u>DIMENSÃO</u>	<u>COMPONENTE</u>	<u>SUBCOMPONENTE</u>	<u>CRITÉRIO</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>PARÂMETRO</u>	<u>PONTUAÇÃO MÁXIMA</u>	<u>JULGAMENTO</u>
ESTRUTURA	RECURSOS HUMANOS	Equipe Profissional - Vigilância em Saúde	Motorista	Existência de motorista à disposição do PCE	Sim	3	Se NÃO: 00 ponto ; SIM: 03 pontos
			ASA	Nº de ASA exclusivos para esquistossomose X capacidade operacional do ASA (01 ASA/60 casas/dia) / PAVS (4123)	Resultado deve ser maior ou igual a 01.	3	Se menor que 01: ponto ; Se maior ou igual a 01: 03 pontos
			Técnico(s) de laboratório	Nº de Técnicos de Laboratório X capacidade operacional do Técnico de Laboratório (01 téc. 50exames/dia) / PAVS (4123)	Resultado deve ser maior ou igual a 01.	4	Se menor que 01: ponto ; Se maior ou igual a 01: 04 pontos
			Auxiliar (res) de laboratório	Nº de Auxiliares de Laboratório X capacidade operacional do Auxiliares de Laboratório (01 aux. 100 lâminas/dia) / PAVS (4123)	Resultado deve ser maior ou igual a 01.	4	Se menor que 01: ponto ; Se maior ou igual a 01: 04 pontos
			Digitador(es)	Existência de digitador(es)	Sim	3	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 03 pontos
		Equipe Profissional - Educação em Saúde	Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social	Existência de Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social	Sim	8	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 08 pontos
		Equipe Profissional - Assistência em Saúde	Médico na ESF	Existência de Médico na ESF	Sim	7	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 07 pontos
			Enfermeiro na ESF	Existência de Enfermeiro na ESF	Sim	8	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 08 pontos
			Técnico de Enfermagem na ESF	Existência de um Técnico de Enfermagem na ESF	Sim	4	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 04 pontos
			ACS	Nº de pessoas cadastradas na ESF/ Nº de ACS da EqSF de Serrambi	Sim	8	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 08 pontos
	Médico Especialista para acompanhar/tratar os casos graves		Existência de Médico Especialista para acompanhar/tratar os casos graves de Esquistossomose	Sim	6	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 06 pontos	
	Equipe Profissional - Gestão em Saúde	Coordenador do PCE	Existência de Coordenador do PCE	Sim	5	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 05 pontos	
		Coordenador da Atenção Básica	Existência de Coordenador da Atenção Básica	Sim	5	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 05 pontos	
	RECURSOS MATERIAIS	Medicamento	Disponibilidade de medicamento (Praziquantel)	Proporção de profissionais – por categorial- cujo recurso material indicado está disponível (Profissionais com disponibilidade do material indicado/existentes X 100) *Em se tratando das Fichas do PCE, considerou-se a disponibilidades quando o profissional possuía pelo menos três modalidades delas.	Mais de 80% dos profissionais devem possuir o recurso material indicado	10	Se até 49.9%: 3.33 pontos ; Se entre 50 - 79.9%: 6.67 pontos ; Se mais de 80%: 10 pontos .
		Material Educativo	Disponibilidade de Material Educativo			10	Se até 49.9%: 3.33 pontos ; Se entre 50 - 79.9%: 6.67 pontos ; Se mais de 80%: 10 pontos .
		Potes Coletores	Disponibilidade de Potes Coletores			8	Se até 49.9%: 2.67 pontos ; Se entre 50 - 79.9%: 5.33 pontos ; Se mais de 80%: 08 pontos .
Fichas do PCE		Disponibilidade das Fichas do PCE	4			Se até 49.9%: 1.33 pontos ; Se entre 50 - 79.9%: 2.67 pontos ; Se mais de 80%: 04 pontos .	
TOTAL						100	

Fonte: Autora do Trabalho

Quadro 2 – Matriz de Análise e Julgamento da *Dimensão Processo* da intervenção do estudo.

(*Continua*)

<u>DIMENSÃO</u>	<u>COMPONENTE</u>	<u>SUBCOMPONENTE</u>	<u>CRITÉRIO</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>PARÂMETRO</u>	<u>PONTUAÇÃO MÁXIMA</u>	<u>JULGAMENTO</u>
PROCESSO	PROMOÇÃO DA SAÚDE	Ações Transversais	Articulação transversal	Existência de registros que configurem a articulação transversal em vistas às melhorias sanitárias na localidade	Sim	06	Se NÃO: 00 pontos ; Se SIM: 06 pontos .
		Educação em saúde e mobilização social	Realização, por parte dos profissionais da EqSF, de ações de educação em saúde e mobilização social junto à comunidade	Proporção de profissionais que desenvolvem ação de educação em saúde e mobilização social (Profissionais que fazem ações de educação em saúde e mobilização social/ profissionais existentes X 100)	Mais de 80% dos profissionais devem desenvolver ações de educação em saúde e mobilização social	08	Se até 49.9%: 2.67 pontos ; Se entre 50 - 79.9%: 5.33 pontos ; Se mais de 80%: 08 pontos .
	ASSISTÊNCIA	Diagnóstico	Reconhecimento de casos suspeitos de esquistossomose	Proporção de profissionais (Técnicos de Enfermagem e ACS) capazes de reconhecer um caso suspeito de esquistossomose – pelo menos 04 sinais e sintomas da fase inicial ou crônica da doença. (Profissionais capazes de reconhecer um caso suspeito de esquistossomose/ profissionais existentes X 100)	Mais de 80% dos profissionais devem ser capazes de reconhecer um caso suspeito de esquistossomose.	04	Se até 49.9%: 1.33 pontos ; Se entre 50 - 79.9%: 2.67 pontos ; Se mais de 80%: 04 pontos .
			Encaminhamento dos casos suspeitos ao profissional de nível superior da ESF	Proporção de profissionais (Técnicos de Enfermagem e ACS) que encaminham os casos suspeitos para a ESF (Profissionais que encaminham o caso suspeito para a ESF/Total de profissionais X 100)	Mais de 80% dos profissionais devem encaminhar casos suspeitos ao profissional de nível superior da ESF	04	Se até 49.9%: 1.33 pontos ; Se entre 50 - 79.9%: 2.67 pontos ; Se mais de 80%: 04 pontos .
			Exame coprocópico nos casos suspeitos	Realização de exame coprocópico nos casos suspeitos (Casos suspeitos com exame diagnóstico realizado/ total de casos suspeitos X100).	Deve ter sido realizada o exame coprocópico em pelo menos 80% dos casos suspeitos	04	Se até 49.9%: 1.33 pontos ; Se entre 50 - 79.9%: 2.67 pontos ; Se mais de 80%: 04 pontos .

Quadro 2 – Matriz de Análise e Julgamento da *Dimensão Processo* da intervenção do estudo.

(Continuação)

<u>DIMENSÃO</u>	<u>COMPONENTE</u>	<u>SUBCOMPONENTE</u>	<u>CRITÉRIO</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>PARÂMETRO</u>	<u>PONTUAÇÃO MÁXIMA</u>	<u>JULGAMENTO</u>
PROCESSO	ASSISTÊNCIA	Diagnóstico	Participação dos ACS no Inquérito Coproscópico.	Proporção de profissionais (ACS) participam da distribuição e recolhimento de potes coletores nos Inquéritos Coproscópicos (ACS que distribui e recolhe potes coletores em Inquérito Coproscópico/ total de ACS X 100)	Mais de 80% dos profissionais devem participar dos inquéritos coproscópicos entregando e recolhendo potes coletores de fezes	04	Se até 49.9%: 1.33 pontos ; Se entre 50 - 79.9%: 2.67 pontos ; Se mais de 80%: 04 pontos .
			Realização do Inquérito Coproscópico.	Inquérito realizado nos últimos 02 anos	Sim	05	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 05 pontos .
			Cobertura do Inquérito (Exames).	Proporção de exames realizados na localidade no último inquérito (Exames realizados/ População da localidade X 100)	Mais de 80% da população da comunidade deve ter realizado exame de fezes no último inquérito.	04	Se até 49.9%: 1.33 pontos ; Se entre 50 - 79.9%: 2.67 pontos ; Se mais de 80%: 04 pontos .
		Exames Complementares	Realização de exames complementares quando indicado.	Sim	04	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 04 pontos .	
		Tratamento	Tratamento dos casos diagnosticados	Cobertura de tratamento do último inquérito (n° de pessoas positivas tratadas/total de pessoas positivas X 100)	A cobertura de tratamento deve ter sido maior que 80%.	05	Se até 49.9%: 1.67 pontos ; Se entre 50 - 79.9%: 3.33 pontos ; Se mais de 80%: 05 pontos .
			Encaminhamento dos casos graves	-	Sim	05	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 05 pontos .
	VIGILÂNCIA	Reconhecimento das condições ecológicas e ambientais de risco	Reconhecimento dos criadouros de <i>Biomphalaria</i> (2014)	Existência de registros que configuram o reconhecimento dos criadouros de <i>Biomphalaria</i> (2014)	Sim	07	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 07 pontos .
			Mapa com as coleções hídricas de importância epidemiológica e com os criadouros de <i>Biomphalaria</i> (2014)	Existência de mapa com as coleções hídricas de importância epidemiológica e com os criadouros de <i>Biomphalaria</i> (2014)	Sim	08	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 08 pontos .
			Reconhecimento das condições sanitárias locais atualizado (2014)	Existência de registros que configuram o reconhecimento das condições sanitárias locais atualizado (2014)	Sim	06	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 06 pontos .

Quadro 2 – Matriz de Análise e Julgamento da *Dimensão Processo* da intervenção do estudo.

(Conclusão)

<u>DIMENSÃO</u>	<u>COMPONENTE</u>	<u>SUBCOMPONENTE</u>	<u>CRITÉRIO</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>PARÂMETRO</u>	<u>PONTUAÇÃO MÁXIMA</u>	<u>JULGAMENTO</u>
PROCESSO	VIGILÂNCIA	Notificação	Notificação e investigação dos casos graves	(casos graves investigados e notificados/total de casos graves X 100).	Sim	06	Se até 49.9%: 02 pontos ; Se entre 50 e 79.9%: 04 pontos ; Se mais de 80%: 06 pontos .
			Encaminhamento das Fichas de Notificação para o setor competente	Envio das fichas de notificação para o setor competente.	Sim	06	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 06 pontos .
		Utilização da Informação	Envio de informações epidemiológicas referentes à esquistossomose da área da ESF para o setor competente	Encaminhamento das informações epidemiológicas ao setor competente.	Sim	07	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 07 pontos .
			Análise dos dados epidemiológicos e planejamento e monitoramento das ações de controle da Esquistossomose	Utilização dos dados epidemiológicos para o planejamento e monitoramento das ações de vigilância e controle da esquistossomose.	Sim	07	Se NÃO: 00 ponto ; Se SIM: 07 pontos .
TOTAL						100	

Fonte: Autora do Trabalho

3.4.1.4 Elaboração dos instrumentos de coleta de dados

Uma vez obtida uma concordância mínima entre os experts consultados, sobre os conteúdos do MLT e da MAJ, os instrumentos de coleta de dados (questionários semiestruturados) foram elaborados.

3.4.1.5 Coleta dos dados

A coleta de dados se deu partir da aplicação de questionários semiestruturados à coletividade dos sujeitos da pesquisa.

3.4.1.6 Análise dos dados coletados

Findadas as etapas anteriores, foi mensurado o Grau de Implantação (GI) das intervenções de controle da esquistossomose desenvolvidas pelo profissional das ESF da localidade de Serrambi, comparando-se a realidade empírica com o que se encontrou exposto nas matrizes. Para tanto, utilizou-se um sistema de escores no qual cada item contido no instrumento de coleta de dados recebeu uma pontuação específica, de acordo com a relação que cada item possui com o controle da esquistossomose e com a categoria profissional, de modo que seu somatório total foi de 100 pontos, para posterior construção de um indicador composto, o GI da intervenção (ações do PCE na ESF). Após a atribuição dos pontos e a soma dos mesmos, foi possível classificar o GI em implantado (entre 90 a 100 pontos), parcialmente implantado (entre 60 e 89 pontos) e não implantado (< 59 pontos) (QUININO et al., 2010).

3.4.2 Segunda etapa: Avaliação do Contexto Político-Institucional

Para o cumprimento desta etapa utilizou-se o modelo político institucional proposto por Calos Matus, partindo-se do princípio que o PCE é uma intervenção social que recebe influência do meio onde é implantado. Assim, para que o PCE seja implantado na ESF na localidade eleita, faz-se necessária pro atividade e convergência de ações dos atores implementadores, segundo a esfera de atuação de cada um, no sentido de favorecer a capacidade de gestão.

Buscando dar validade ao estudo, a abordagem do contexto, utilizou como referencial teórico, o triângulo de Matus (projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade), com o qual foram comparados os resultados empíricos dos estudos de caso (HARTZ et al.,1997).

Segundo Matus (1996), o projeto de governo se refere ao conjunto de proposições elaboradas pelos gestores municipais visando o alcance de seus objetivos. A capacidade de governo corresponderia aos recursos relacionados com a condução e gerenciamento adequado das ações. E a governabilidade tem a ver com as condições necessárias à implementação das ações propostas, considerando os diferentes cenários que vão se formando como resultado da dinâmica social.

Sabe-se que a realidade social, por ser dinâmica, complexa e repleta de conflitos, está em permanente movimento, impondo mudanças na trajetória dos acontecimentos, independente da vontade dos atores envolvidos. Para compreendê-la, Matus (1996), propõe que ela seja analisada como um todo, indivisível, ou seja, todas as dimensões que a compõem devem ser consideradas.

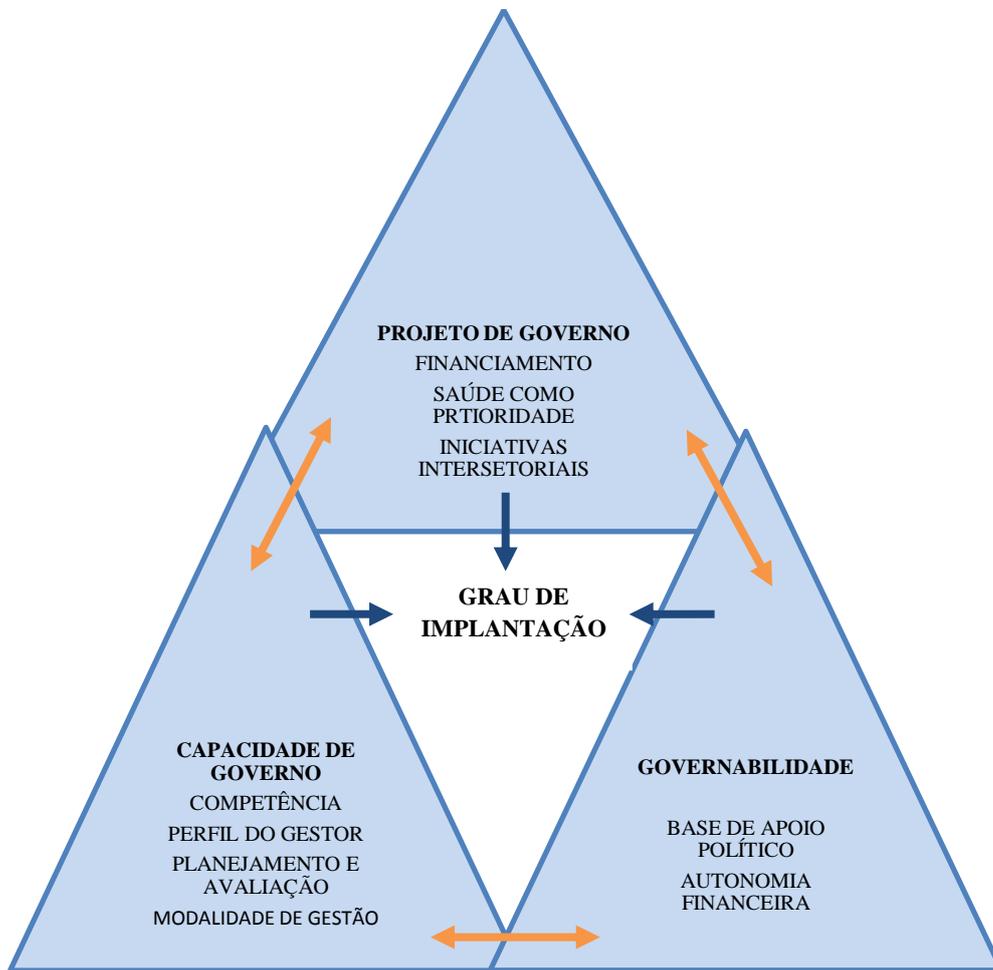
Neste sentido a análise do contexto envolveu a avaliação de atributos que conferem maturidade à gestão e que, conseqüentemente, influenciam o grau de implantação das ações de vigilância e controle da esquistossomose na ESF.

Bem como na primeira etapa metodológica, para o cumprimento desta, alguns passos precisaram ser previamente cumpridos, a saber: (1) MTL da influência do contexto político-institucional na implantação do PCE na ESF; (2) construção da MAJ contextual da capacidade de gestão, (3) submissão da Matriz à Consulta com Experts (4) construção dos instrumentos de coleta de dados, (5) coleta dos dados pretendidos e (6) análise da influência do contexto político institucional no GI.

3.4.2.1 Construção do MTL da influência do contexto político-institucional na implantação do PCE na ESF

O MTL ilustra as relações existentes entre o contexto político institucional e o GI do PCE na ESF, de acordo com a teoria adotada (Figura 2):

Figura 2 - Modelo Teórico Lógico da Influência do Contexto Político Institucional sobre o GI das ações do PCE na ESF



Fonte: Autora do Trabalho

As influências das subcategorias de análise de cada vértice do triângulo no GI encontram-se explicitadas na MAJ, descrita abaixo.

3.4.2.2 Construção da MAJ contextual da capacidade de gestão

Para permitir uma melhor percepção destas características, e da sua influência no grau de implantação, foi elaborada uma matriz da capacidade de gestão contendo as categorias de análise, os parâmetros estabelecidos para avaliação de cada subcategoria e categoria e o julgamento da possível interferência destas variáveis no grau de implantação das ações de controle da esquistossomose desenvolvidas pelos profissionais da ESF à luz da teoria do modelo político-institucional proposto por Carlos Matus.

Para os atributos de Projeto de Governo foram abordadas as variáveis que envolvem as condições de financiamento da Saúde, as iniciativas intersetoriais e as prioridades de governo.

As variáveis que responderam a respeito da Capacidade de Governo foram as relacionadas à competência (Conhecimentos, Habilidades e Atitudes), Perfil do Gestor e dos Gestores, a modalidade de habilitação da gestão e o planejamento e a avaliação.

As variáveis sobre a Governabilidade foram contempladas nas questões sobre a base de apoio político e autonomia financeira.

3.4.2.3 Submissão da Matriz à Consulta com Experts

A matriz de análise e julgamento da influência do contexto político institucional (capacidade de gestão) sobre o GI das ações do PCE na ESF foi submetida à Consulta com Experts, bem como na primeira etapa. A construção final da Matriz segue no Quadro 3 abaixo.

Quadro 3 - Matriz de análise e julgamento da influência do contexto político institucional (capacidade de gestão) sobre o GI das ações do PCE na ESF.

(Continua)

<u>CATEGORIAS</u>	<u>SUBCATEGORIAS</u>	<u>CRITÉRIO</u>	<u>DESCRITOR</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>PARÂMETRO</u>	<u>JULGAMENTO</u>
PROJETO DE GOVERNO	Financiamento as Saúde	Receita própria aplicada em saúde	A aplicação consistente de recursos favorece a implantação da intervenção uma vez que viabiliza a aquisição de recursos materiais e a capacitação e manutenção de recursos humanos. O investimento financeiro pode ser reflexo da alta prioridade dada à saúde no município.	A) Receita própria aplicada à saúde/ Receita própria total X 100 B) Recursos próprios aplicados à saúde/ total de habitantes.	A) Percentual da receita própria aplicada à saúde maior que 15% desde 2010. B) Recursos próprios aplicados à saúde por habitante maior que R\$300,00 desde 2010.	Se nem A nem B: 00 ponto A: 06 pontos Se B: 06 pontos Se A e B: 12 pontos
	Saúde como Prioridade de Governo	Suficiência de Recursos (coerência entre o discurso dos entrevistados e o investimento em saúde).	A suficiência dos recursos favorece a implantação da intervenção.	Número de atores que julgam os recursos investidos em saúde suficientes.	Os 02 atores questionados julgam ser suficiente a quantidade de recursos investidos em saúde.	Se nenhuma: 00 ponto Se 01 ator: 02 pontos Se 02 atores: 04 pontos
		Consistência entre os problemas priorizados e as ações propostas.	A identificação e priorização de problemas associados à esquistossomose, seguida da elucidação de propostas mediante documento favorece a implantação da mesma.	O Plano Municipal de Saúde possui Consistência entre os problemas priorizados e as ações propostas.	A) A esquistossomose é uma prioridade de governo. B) As ações de controle e vigilância propostas respondem à problemática da esquistossomose no município. C) A localidade de Serrambi é prioridade para as ações de controle e vigilância da Esquistossomose. D) As ações propostas contemplam a proposta da integralidade (Vigilância e Atenção Básica/ESF).	A cada parâmetro (A, B, C e D) deste critério deverá ser atribuído 04 pontos, caso proceda. O julgamento deverá ser dado pelo somatório dos pontos dos parâmetros alcançados. <i>Assim:</i> Se nenhum parâmetro alcançado: 00 ponto Se 01 parâmetro alcançado: 04 pontos Se 02 parâmetro alcançado: 08 pontos Se 03 parâmetro alcançado: 12 pontos Se 04 parâmetro alcançado: 16 pontos
Iniciativas Intersetoriais	Planejamento integrado das ações.	Ações planejadas em articulação entre a saúde e outros setores dão robustez ao planejado e podem favorecer a implantação do projeto de intervenção proposto entre os envolvidos.	Existência atual ou progressa recente (últimos 05 anos) de algum projeto de perfil intersetorial com vistas a intervir nas condições de transmissão da esquistossomose em Serrambi, ou nas ações de vigilância e controle da doença.	Sim	Se NÃO: 00 ponto Se SIM: 06 pontos	

Quadro 3- Matriz de análise e julgamento da influência do contexto político institucional (capacidade de gestão) sobre o GI das ações do PCE na ESF.

(Continuação)

<u>CATEGORIAS</u>	<u>SUBCATEGORIAS</u>	<u>CRITÉRIO</u>	<u>DESCRITOR</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>PARÂMETRO</u>	<u>JULGAMENTO</u>
CAPACIDADE DE GOVERNO	Competência	Conhecimentos	Atores favoreceram a implantação quando apresentaram conhecimentos clínicos e epidemiológicos mínimos (de acordo com a legislação atual) sobre a esquistossomose e sobre o programa.	Profissionais da EqSF com conhecimentos (A, B, C, D ou E) / Total de profissionais da EqSF X 100	A) Mais de 80% dos profissionais da EqSF conhecem no mínimo 04 sinais e sintomas da fase aguda e crônica da doença esquistossomótica. B) Mais de 80% dos profissionais da EqSF conhecem o correto ciclo de transmissão da esquistossomose. C) Mais de 80% dos profissionais da EqSF sabem qual exame é recomendado para diagnosticar a esquistossomose. D) A Enfermeira da ESF de Serrambi conhece todas as questões relacionadas à medicação (nome, dose, forma de administração e contra indicações). E) Mais de 80% dos profissionais da EqSF conhecem o PCE e o SISPCE.	A cada parâmetro (A, B, C, D e E) deste critério deverá ser atribuída pontuação distinta, a saber: A, B e D: 02 pontos (cada). C e E: 01 ponto (cada) O julgamento deverá ser dado pelo somatório dos pontos dos parâmetros alcançados, podendo pontuar, portanto, de 00 a 08 pontos neste critério. Se de 0 a 04 pontos Se 05 pontos Se mais de 08 pontos
		Habilidades	Indivíduos que reconhecem que o controle da esquistossomose é função tanto sua quanto da organização desenvolvem melhor suas atribuições, e, portanto, contribuem para a implantação das ações de controle da doença.	Profissionais da EqSF que reconhecem que o controle e a vigilância da esquistossomose é tanto sua função como da organização / Total de profissionais da EqSF X 100	Mais de 80% dos profissionais da EqSF reconhecem que o controle e a vigilância da esquistossomose é de coresponsabilidade dos mesmos e da organização	Se NÃO: 00 ponto SIM: 04 pontos
		Atitudes	Atores que conhecem seu papel no controle da esquistossomose e propõem a realização de ações adequadas às demandas contingenciais (inovação) favorecem a implantação da intervenção.	Profissionais da EqSF que reconhecem pelo menos 03 das suas atribuições no controle e vigilância da esquistossomose / Total de profissionais da EqSF X 100 Profissionais da EqSF que se prestam à inovação / Total de profissionais da EqSF X 100	A) Mais de 80% dos profissionais da EqSF reconhecem pelo menos 03 das suas atribuições no controle e vigilância da esquistossomose. B) Mais de 80% dos profissionais da EqSF se prestam à inovação.	Se nem A nem B: 00 ponto A: 04 pontos Se B: 02 pontos Se A e B: 06 pontos

Quadro 3 - Matriz de análise e julgamento da influência do contexto político institucional (capacidade de gestão) sobre o GI das ações do PCE na ESF.

(Conclusão)

<u>CATEGORIAS</u>	<u>SUBCATEGORIAS</u>	<u>CRITÉRIO</u>	<u>DESCRITOR</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>PARÂMETRO</u>	<u>JULGAMENTO</u>	
CAPACIDADE DE GOVERNO	Perfil do Gestor e Gerentes	Formação	Gestores e gerentes com habilitação e experiência profissional favorecem o reconhecimento da problemática, a proposição de estratégias de enfrentamento e a implantação das ações planejadas.	Número de profissionais com formação (graduação ou pós-graduação) em Saúde Coletiva ou áreas afins.	Os 03 atores questionados possuem formação em saúde coletiva ou áreas afins	Se nenhum: 00 ponto Se 01: 01 ponto Se 02: 02 pontos Se 03: 04 pontos	
		Experiência Profissional		Número de profissionais com experiência profissional progressiva (duração de pelo menos 02 anos) em cargos de gerência e/ou gestão.	Os 03 atores questionados possuem experiência profissional em cargos de gerência e/ou gestão.	Se nenhum: 00 ponto Se 01: 01 ponto Se 02: 02 pontos Se 03: 04 pontos	
	Planejamento e Avaliação	Planejamento constituído	O planejamento prévio e contínuo favorece a implantação das ações.	Ações monitoradas e avaliadas, quando utilizadas para a tomada de decisão de forma planejada contribui para a efetiva implantação da intervenção.	A) A SMS possui um departamento de planejamento e avaliação instituído. B) A Gestora faz uso das informações planejadas e avaliadas para a tomada de decisão.	Sim	Se nem A nem B: 00 ponto Se A: 05 pontos Se B: 05 pontos Se A e B: 10 pontos
		Termo de Compromisso de Gestão em vistas à consolidação dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão	Municípios cujos compromissos e responsabilidades em torno de prioridades são definidos apresentam maior eficiência na implantação das ações de saúde	Município assinou o Termo de Compromisso de Gestão em vistas à consolidação dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.	Sim	Se NÃO: 00 ponto Se SIM: 10 pontos	
GOVERNABILIDADE	Base de apoio político	Apoio dos profissionais e comunitários	Uma gestão com minoria opositora consegue progredir com mais eficiência na implantação das ações	Número de profissionais de saúde da EqSF que apoiam a atual gestão/ total de profissionais da EqSF x 100 Número de profissionais de saúde da EqSF que acreditam que os comunitários de Serrambi apoiam a atual gestão/ total de profissionais da EqSF x 100	A) Mais de 80% dos profissionais de saúde da ESF de Serrambi apoiam a atual gestão. B) Segundo a percepção de mais de 80% dos profissionais da EqSF a gestão atual possui apoio dos comunitários de Serrambi.	Se nem A nem B: 00 ponto Se A: 04 pontos Se B: 04 pontos Se A e B: 08 pontos	
	Autonomia Financeira	Autonomia financeira para gerir o FMS	Gestoras com autonomia financeira contribuem para a implantação das ações interventivas propostas	A) Gestora possui autonomia financeira para gerir o FMS B) Existência de um departamento financeiro na SMS	Sim	Se nem A nem B: 00 ponto Se A: 04 pontos Se B: 04 pontos Se A e B: 08 pontos	

Fonte: Autora do Trabalho.

3.4.2.4 Construção dos instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos utilizados para coletar as informações referentes aos contextos político-institucional foram construídos à luz do MTL da influência do contexto e da MAJ do Contexto político-institucional. Cada ator foi questionado sobre cada critério de acordo com a pertinência e relevância do mesmo para a sua categoria profissional.

3.4.2.5 Coleta dos dados

Os dados pretendidos foram coletados através da aplicação de questionários semiestruturados à completude de atores envolvidos com este estudo.

3.4.2.6 Análise da influência do contexto político institucional no GI

Após ordenamento, seleção e leitura dos documentos, procedeu-se a análise do material que teve como base os elementos teóricos do estudo e a articulação entre as características analíticas, a fim de se estabelecer um conjunto de evidências que possibilitem verificar a influência do contexto (capacidade de gestão) no GI das ações de controle da esquistossomose desenvolvidas pelos profissionais da ESF.

3.5 Categorias de Análise

As categorias de análise foram definidas a partir dos documentos citados no item 3.4 referente ao MTL.

3.5.1 Para a Avaliação Normativa

As categorias de análise, para a Avaliação Normativa estão representadas pela apreciação da estrutura e do processo inerente à intervenção aqui estudada.

3.5.1.1 Estrutura

3.5.1.1.1 Recursos Materiais

São todos os materiais necessários ao funcionamento do programa. Nesta sessão estão incluídos apenas aqueles, que por entendimento da equipe de experts consultada, são indispensáveis ao desenvolvimento das ações de controle da esquistossomose pelas ESF, em localidade vulnerável, a saber: medicamento, material educativo, potes coletores e fichas do PCE (pelo menos três modalidades).

3.5.1.1.2 Recursos Humanos

Os profissionais da equipe multiprofissional da ESF estudada (Médico, Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde – 01 para cada 750 pessoas cadastradas) estão diretamente envolvidos no controle da esquistossomose, portanto, são indispensáveis para a operacionalização das ações que colaborem na contenção da endemia na localidade.

Além destes, outros profissionais são indispensáveis para a condução das ações de controle da esquistossomose em localidade vulnerável, em colaboração com a EqSF, como:

- a) Agente de Saúde Ambiental (ASA): profissionais que realizam a entrega e busca de potes coletores junto à comunidade e em parceria com os ACS. Para fins de cálculo da suficiência do número de ASA foi considerada a PAVS do município para o ano de 2013 (4123) e a capacidade operacional média da categoria (01 ASA/60casas/dia) (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998);
- b) Digitador: responsável por digitar, no SISPCE, os boletins com os resultados das atividades de campo e laboratório;
- c) Motorista: responsável pelo transporte dos agentes para as coletas em campo - malacologia e coproscopia;
- d) Técnico de Laboratório: responsável pela leitura das lâminas. Para fins de cálculo da suficiência do número de laboratoristas foi considerada a PAVS do município para o ano de 2013 (4123) e a capacidade operacional média da categoria (01 Técnico de Laboratório /50 lâminas/dia) (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998);
- e) Auxiliar de laboratório: responsável pela preparação de lâminas. Para calcular a suficiência do número de auxiliares de laboratório foi considerada a PAVS do município para o ano de 2013 (4123) e a capacidade operacional média da categoria (01 Auxiliar de Laboratório /100 lâminas/dia) (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998);

- f) Educadores em Saúde: profissionais com formação em educação em saúde que fazem parte dos polos de educação em saúde, estabelecidos pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2014h);
- g) O Coordenador do PCE: responsável direto pela gerência do programa;
- h) O Coordenador da Atenção Básica: responsável direto pela gerência das Estratégias de Saúde da Família;

3.5.1.2 Processo

Correspondem aos serviços de organização e operacionalização das ações de controle da esquistossomose previstas para serem desenvolvidas em áreas vulneráveis à transmissão da doença. As atividades estarão categorizadas em (1) Promoção da Saúde, (2) Assistência e (3) Vigilância.

3.5.2. Para o Estudo do Contexto Política Institucional

No contexto local, onde efetivamente as políticas se concretizam, três componentes de governo constituem um sistema singular interdependente denominado por Matus (1996) de “triângulo de governo”, a partir do qual foram estabelecidas as categorias de análise propostas para avaliação do contexto político-institucional: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade. Para tanto, as categorias propostas por Vieira-da-Silva et al. (2005) foram adaptadas e a estas, foram somadas as perspectivas de Competência propostas por Bandão et al. (2001).

3.6 Plano de Análise

3.6.1 Para a Avaliação Normativa

Para a definição e avaliação do GI da estrutura e do processo foi utilizado um sistema de escores adaptado de Felisberto (2001).

Esse sistema atribui, para cada aspecto da estrutura e do processo de realização das ações, uma pontuação específica com o objetivo de chegar a uma pontuação máxima final que resultará no GI da intervenção. Foram avaliados 19 indicadores de estrutura e 18 indicadores de processo (**Quadros 1 e 2**).

3.6.1.1 Plano de análise da avaliação da estrutura

O sistema de escores teve o objetivo de permitir a classificação do GI de cada um dos componentes (recursos humanos e recursos materiais) e seus subcomponentes, para depois classificar o GI da dimensão estrutura. Esta avaliação permitiu a identificação de dificuldades da implantação das ações na localidade, quanto à estrutura existente para a realização das ações de controle da esquistossomose em localidade vulneráveis, a partir da ESF.

A avaliação dos componentes de humanos foi feita a partir da atribuição de pontos usada para as variáveis dicotômicas. A Enfermeira da Unidade foi responsável por fornecer essas informações.

Para a avaliação dos recursos materiais, foram atribuídas pontuações às faixas de percentual atingida por cada um dos subcomponentes, visando verificar a proporção de profissionais que alegaram ter disponível o recurso material indicado. Nesta perspectiva, é importante ressaltar que cada categoria profissional foi questionada apenas quanto aos materiais utilizados para o desenvolvimento de atividades de sua atribuição. Uma vez que determinada categoria profissional não desenvolve certa atividade, os mesmos não foram questionados quanto à disponibilidade do material utilizado para tal. Assim, os Agente comunitários de Saúde e a Técnica de Enfermagem não responderam quanto à disponibilidade de medicação, uma vez que não são habilitados para proceder o tratamento dos doentes.

Optou-se por julgar a existência dos itens conforme disponibilidade, considerando-se que, se o profissional tem o recurso material sempre que necessita utilizá-lo, as ações não são comprometidas pela falta do recurso indicado.

O peso de cada um dos critérios foi dado em função da importância dos mesmos no controle da esquistossomose (Ações desenvolvidas pela EqSF; Localidade Vulnerável). Quando maior a importância, maior o peso e vice-versa. O total de pontos possíveis para os subcomponentes estruturais foi de 100 pontos, sendo que 68 deles foram aplicados aos Recursos, enquanto que, para os Recursos Materiais, a pontuação máxima foi de 32 pontos.

Após a atribuição dos pontos e o cálculo das devidas pontuações atingidas por cada critério estudado, foi possível julgar o GI de cada componente, dos seus subcomponentes, e por fim, da dimensão estrutura.

Assim, quando o subcomponente atingiu de 80 a 100% do total dos pontos, o mesmo foi considerado como Implantado (verde), quando o mesmo atingiu entre 50 e 79% dos pontos, foi classificado como Parcialmente Implantado (amarelo), e por fim, quando atingiu menos de 50% dos pontos, o mesmo foi considerado Não Implantado (vermelho). O mesmo

juízo e as mesmas estratificações foram feitas para a mensuração do GI dos componentes e da dimensão estrutura.

A partir destas pontuações foram feitas considerações a respeito dos pontos críticos referentes à estrutura na localidade estudada.

3.6.1.2 Plano de análise da avaliação do processo

A avaliação do GI do processo se deu da mesma maneira, utilizando-se o sistema de escores e atribuindo pontos aos seus componentes e subcomponentes de duas formas: 1) a partir de um sistema de pontuação simples, às variáveis dicotômicas, e 2) a partir da distribuição dos pontos através das faixas percentuais atingidas por indicador. Como na avaliação do GI da estrutura, a pontuação máxima e pesos atribuídos seguiram os critérios de importância na intervenção.

Para efeito analítico, a intervenção (Controle e Vigilância da esquistossomose em localidades vulneráveis a partir da ESF) contou com 03 componentes de processo: Promoção da Saúde (02 critérios/14 pontos), Assistência (09 critérios/39 pontos) e Vigilância (07 critérios/47 pontos). Somam-se portanto, na dimensão processo, 100 pontos possíveis.

Haja visto que os processos de trabalho são desenvolvidos em conformidade com a atribuições das distintas categorias profissionais, se fez necessário indicar a quais critérios de processo cada categoria profissional manifestou respostas, e, por consequência, contribuiu para a construção do GI da dimensão.

As questões dicotômicas foram respondidas pela Enfermeira da ESF e aquelas respondidas através de percentuais foram compostas pelas respostas fornecidas por todos os profissionais cujas atribuições estavam contempladas no indicador. O detalhamento sobre os respondentes aos critérios respondidos mediante percentuais consta no **Quadro 4**, que segue:

Quadro 4 - Critérios respondidos mediante percentuais da *dimensão Processo*.

COMPONENTE	CRITÉRIO	RESPONSÁVEL PELO FORNECIMENTO DOS DADOS
PROMOÇÃO DA SAÚDE	Realização, por parte dos profissionais da EqSF, de ações de educação em saúde e mobilização social junto à comunidade	Enfermeira, Técnica de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde
ASSISTÊNCIA	Reconhecimento de casos suspeitos de esquistossomose	Técnica de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde
	Encaminhamento dos casos suspeitos ao profissional de nível superior da ESF	Técnica de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde
	Participação dos ACS no Inquérito coproscópico.	Agentes Comunitários de Saúde

Fonte: Autora do Trabalho

A resposta a cinco critérios respondidos mediante percentuais foram fornecidas exclusivamente pela Enfermeira em condição complementar aos dados obtidos através do SISPCE, a saber: a proporção de exames realizados no último inquérito, cobertura do último inquérito, proporção de realização do tratamento dos casos diagnosticados (cobertura de tratamento), exames coprocópicos em casos suspeitos e notificação de casos graves.

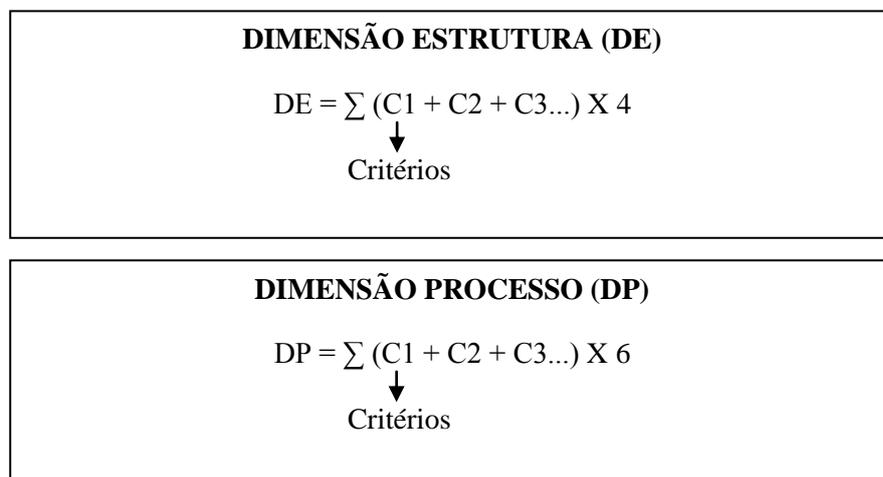
Após a atribuição dos pontos e o cálculo das devidas proporções atingidas pelos critérios contidos na MAJ, foi possível classificar o GI da dimensão, dos componentes e subcomponentes.

Assim, quando o subcomponente atingiu de 80 a 100% do total dos pontos, o mesmo foi considerado como Implantado (verde), quando o mesmo atingiu entre 50 e 79% dos pontos, foi classificado como Parcialmente Implantado (amarelo), e por fim, quando atingiu menos de 50% dos pontos, o mesmo foi considerado Não Implantado (vermelho). O mesmo julgamento e as mesmas estratificações foram feitos para a mensuração do GI dos componentes e da dimensão Processo.

A partir destas pontuações foram feitas considerações a respeito dos pontos críticos referentes à estrutura na localidade estudada.

3.6.1.3 Plano de análise do Grau de Implantação do PCE na ESF

O indicador composto do GI da intervenção foi obtido a partir do somatório das pontuações atingidas pela localidade em relação às dimensões estrutura e processo, considerando-se peso 04 para a variável estrutura e peso 06 para a variável processo. Deu-se maior peso à dimensão processo por considerá-lo de maior importância no controle da esquistossomose. Sendo assim, o cálculo para a pontuação da localidade foi:



Onde “DE”, representa a Dimensão Estrutura, e “DP”, a Dimensão Processo, e “c” é o critério. Para a pontuação final, portanto, o cálculo fica assim representado: $GI = DE + DP/10$. Assim, a pontuação máxima do GI composto foi equivalente a 100, e os pontos de corte utilizados para classificar a localidade quanto ao GI foram: Implantado (90 – 100 pontos), Parcialmente Implantado (50 – 89 pontos) e Não Implantado (menos de 50 pontos).

A partir desta pontuação foram feitas considerações a respeito dos pontos críticos referentes ao GI das ações de vigilância e controle da esquistossomose, desenvolvidas por meio da ESF, na localidade vulnerável estudada.

3.6.2 Para a análise do Contexto Político Institucional

O Plano de Análise para esta etapa, bem como na anterior, foi construído à luz do conteúdo da MAJ da influência do contexto político institucional (capacidade de gestão) no GI.

Os responsáveis pelo fornecimento das informações estão explicitados de acordo com o **Quadro 5** que segue:

Quadro 5 - Atores respondentes a cada subcategoria – Contexto Político Institucional.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	RESPONSÁVEIS PELO FORNECIMENTO DAS INFORMAÇÕES
PROJETO DE GOVERNO	Saúde como Prioridade de Governo	Secretária Municipal de Saúde e Coordenador do PCE
	Financiamento da Saúde	Secretária Municipal de Saúde
	Iniciativas Intersetoriais	Secretária Municipal de Saúde e Coordenador do PCE
CAPACIDADE DE GOVERNO	Perfil do Gestor	Secretária Municipal de Saúde, Coordenador do PCE e Coordenador da AB
		Secretária Municipal de Saúde, Coordenador do PCE e Coordenador da AB
	Competência	Secretária Municipal de Saúde, Coordenador do PCE e Coordenador da AB, ACS, Enfermeira e Técnica de Enfermagem da ESF de Serrambi
	Planejamento e Avaliação	Secretária Municipal de Saúde, Coordenador do PCE e Coordenador da AB
	Modalidade de Gestão	Secretária Municipal de Saúde
GOVERNABILIDADE	Base de Apoio Político	Secretária Municipal de Saúde, ACS, Enfermeira e Técnica de Enfermagem da ESF de Serrambi.

Fonte: Autora do Trabalho.

As informações por eles fornecidas foram complementadas com os documentos (Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão e Planejamento Anual) de gestão do Município, quando oportuno e indicado.

Partindo da análise das categorias (Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade) à luz do grupo de evidências obtidas, foi estabelecida uma classificação para o nível alcançado por cada uma delas, através da atribuição de pontos. A pontuação obtida pelas categorias analisadas foi comparada ao total de pontos máximos. A classificação de cada categoria foi conseguida pela diferença percentual entre a pontuação máxima e àquela obtida.

Assim, de acordo com pontuação alcançada por cada categoria (Projeto de Governo: 38 pontos possíveis; Capacidade de Governo: 46 pontos possíveis; e Governabilidade: 16 pontos possíveis) e suas subcategorias, as mesmas foram julgadas conforme sua capacidade de favorecer a implantação da intervenção em: incipiente, intermediária e avançada.

Foram considerados como pontos de corte para classificação das categorias do contexto político-institucional os seguintes valores, que serão representados por cores:

- a) Incipiente: > 0 e $< 33,3\%$ (vermelho)
- b) Intermediária: $> 33,3$ e $< 66,6\%$ (amarelo)
- c) Avançada: $> 66,6\%$ (verde)

4 ASPÉCTOS ÉTICOS

Este Pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisas do CPqAM/Fiocruz em cumprimento à resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, já obtendo parecer favorável ao seu desenvolvimento na versão apresentada em 08 de agosto de 2014 (Nº da CAEE: 31511314.7.0000.5190).

5 RESULTADOS

Todos os profissionais convidados a participar deste estudo na qualidade de entrevistado, de fato, participaram, com exceção do Médico da ESF, que não participou em virtude da falta de tempo hábil para a aplicação do questionário e, por considerar-se que um profissional de saúde de nível superior já contemplaria as respostas a que este estudo demanda. Assim sendo, o questionário a ser aplicado ao profissional de nível superior foi respondido pela enfermeira da EqSF de Serrambi.

Os resultados serão apresentados em 2 etapas: a primeira avalia o GI da intervenção estudada na localidade de Serrambi, considerando os seus componentes de estrutura e processo, e segunda analisa o contexto político-institucional (capacidade de gestão) e suas influência sobre o GI.

5.1 Avaliação do Grau de Implantação

5.1.1 Avaliação do Grau de Implantação da Estrutura

Essa avaliação foi feita em duas etapas: primeiro, levando-se em conta o GI de cada componente (Recursos Humanos e Recursos Materiais) em separado (com seus subcomponentes), e depois, considerando-se o total de pontos atingido pela dimensão, o que se configurará no Grau de Implantação da dimensão estrutura.

5.1.1.1 Avaliação do componente Recursos Humanos

O GI do componente Recursos Humanos (equipe profissional) atingiu 67,64%, classificando-se como *Parcialmente Implantado*.

Entre os seus subcomponentes:

- a) Profissionais da Vigilância: alcançou 100% dos pontos (Implantado)
 - Agentes de Saúde Ambiental/Agentes de Endemias: o município possui 03 ASA/AE exclusivos pra as ações de vigilância e controle da esquistossomose. Tendo em vista o quantitativo de exames preconizado nas metas anuais da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS 2013: 4123 exames), este número de profissionais se mostra suficiente para o cumprimento das mesmas;

- Técnicos de Laboratório: o município conta, atualmente com 03 técnicos de laboratório realizando exames parasitológicos de fezes. Sabendo que um técnico consegue ler aproximadamente 50 lâminas/ dia (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998), ou 12.500/ ano, o município/localidade tem laboratoristas suficientes para cumprir a meta da PAVS proposta;
 - Auxiliares de laboratório: o município possui 01 auxiliar de laboratório trabalhando com o PCE. Considerando que este profissional é capaz de preparar 100 lâminas/dia (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998), e, portanto, 25.000 lâminas/ano, este único profissional é suficiente para cumprir a meta da PAVS do município.
 - Digitador: o município tem 01 digitador para o PCE.
 - Motorista: o município possui 01 motorista à disposição do PCE.
- b) Profissionais da Assistência: alcançou 57,57% dos pontos (Parcialmente Implantado)
- Médico especialista (Infectologista/Gastroenterologista): O município não possui médico de referência para atender os casos graves de Esquistossomose. Os mesmos são referenciados para acompanhamento no Hospital das Clínicas de Pernambuco.
 - A Equipe de Estratégia de Saúde da Família da localidade estudada conta com 01 Médico, 01 Enfermeira, 01 Técnica de Enfermagem e 04 Agentes Comunitários de Saúde, por este motivo, obteve pontuação máxima nestes quesitos, com exceção do critério referente aos Agentes Comunitários de Saúde, que obteve pontuação zero, uma vez que o quantitativo de profissionais existente não condiz com a necessidade local e com os parâmetros de cobertura da equipe de ESF do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014g, 2014h).
- c) Profissionais da Gerência: conseguiu 100% dos pontos (Implantado)
- Coordenador da Atenção Básica: o município possui um coordenador exclusivo para as ações de atenção básica.
 - Coordenador do Programa de Controle da Esquistossomose: o município possui um coordenador exclusivo para as ações vigilância e controle da esquistossomose.
- d) Profissionais de Educação em Saúde: não pontuou neste subcomponente (Não Implantado)

- O município não possui Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social (NESMS).

5.1.1.2 Avaliação do componente Recursos Materiais

O GI do componente Recursos Materiais atingiu 58,31%, classificando-se como *Parcialmente Implantado*.

Quanto aos seus subcomponentes:

- a) Medicação (atingiu 100% dos pontos possíveis - Implantado): a Enfermeira da unidade alegou que não os possui na ESF, mas que quando tem necessidade de utilizar a medicação, tem acesso a mesma.
- b) Material Educativo (alcançou 20% dos pontos - Não Implantado): apenas 20% dos profissionais respondentes afirmou ter os mesmos disponíveis. Assim, este quesito pontuou 3,33 pontos.
- c) Potes Coletores (atingiu 50% dos pontos - Parcialmente Implantado): apenas 50% dos profissionais respondentes afirmou ter os mesmos disponíveis. Este quesito pontuou 5,33 pontos.
- d) Fichas do PCE (não pontuou neste subcomponente - Não Implantado): nenhum dos profissionais referiu ter à disposição qualquer modalidade de ficha do PCE, alegando inclusive que não fazem uso das mesmas em suas rotinas, e que, portanto, não necessitam delas.

5.1.1.3 Total de pontos da dimensão estrutura (GI da dimensão estrutura)

Somando-se os pontos atingidos por cada componente, tem-se que o GI da dimensão estrutura da localidade atingiu 64,66, sendo 46 referentes aos Recursos Humanos (equipe profissional) e 18,66 referentes aos Recursos Materiais. O GI da dimensão estrutura foi, portanto, *Parcialmente implantado*, conforme indica a **Tabela 1** abaixo.

Tabela 1 - Distribuição da pontuação atingida por componente, subcomponente e pontuação total da Dimensão Estrutura.

Componente	Subcomponente	Critério	Pontuação atingida	Pontuação atingida e GI (%)					
				Subcomponente		Componente		Dimensão	
				Pontuação atingida	GI (%)	Pontuação atingida	GI (%)	Pontuação atingida	GI (%)
Recursos Materiais	Medicamento	Disponibilidade de medicamento (Praziquantel)	10	10	100	18,66	58,31	64,66	64,66
	Material Educativo	Disponibilidade de Material Educativo	3,33	3,33	20				
	Potes Coletores	Disponibilidade de Potes Coletores	5,33	5,33	50				
	Fichas do PCE	Disponibilidade das Fichas do PCE	0	0	0				
Recursos Humanos	Equipe Profissional - Vigilância em Saúde	ASA	3	17	100	46	67,64	64,66	64,66
		Técnicos de Laboratório	4						
		Auxiliares de Laboratório	4						
		Motorista	3						
	Digitador	3							
	Equipe Profissional - Assistência em Saúde	Médico (ESF)	7	19	57,57				
		Enfermeiro (ESF)	8						
Técnico/Auxiliar de Enfermagem (ESF)		4							
Equipe Profissional - Educação em Saúde	ACS	0	0	0					
	Médico Especialista (para Esquistossomose)	0							
Equipe Profissional – Gerência	Coordenador do PCE	5	10	100					
	Coordenador da Atenção Básica	5							

Fonte: Autora do Trabalho.

5.1.2 Avaliação do Grau de Implantação do Processo

Essa avaliação foi feita em duas etapas: primeiro, levando-se em conta o GI de cada componente (Promoção da Saúde, Assistência e Vigilância) em separado, com seus subcomponentes, e depois, considerando-se o total de pontos atingido pela dimensão, o que se configurará no Grau de Implantação da dimensão processo.

5.1.2.1 GI do componente Promoção da Saúde

O GI do componente Promoção da Saúde atingiu apenas 19,07% dos pontos possíveis, classificando-se, portanto, como *Não Implantado*.

Quanto aos seus subcomponentes:

- a) Ações Transversais (não houve pontuação neste quesito - Não Implantado): a Enfermeira da ESF afirmou não haver, por parte ou com o envolvimento da ESF, qualquer movimento transversal em vistas às melhorias sanitárias na localidade de Serrambi. Esta inércia fez com que a ESF não pontuasse no quesito Ações Transversais.
- b) Educação em Saúde e Mobilização Social (atingiu 33,37% dos pontos - Não Implantado): Com relação às ações de educação em saúde desenvolvidas junto aos domicílios foi unânime a afirmação de que esta ação é rotina de todas as categorias, entretanto, apenas 33,33% dos profissionais da ESF referiram utilizar esta oportunidade para orientar a comunidade sobre a Esquistossomose e suas implicações à saúde, ainda que não possuam formação em educação em saúde. Assim sendo, a ESF pontuou apenas 2,67 pontos neste item.

5.1.2.2 GI do componente Assistência

O GI do componente Diagnóstico e Tratamento atingiu apenas 64,94% dos pontos possíveis, classificando-se, portanto, como *Parcialmente Implantado*.

Quanto aos seus subcomponentes:

- a) Diagnóstico (atingiu 64,37% dos pontos - Parcialmente Implantado): Apenas 01, entre os profissionais questionados, não demonstrou condições de identificar um caso suspeito de esquistossomose, logo, a ESF alcançou pontuação máxima (04 pontos) neste critério. Este quesito foi avaliado a partir do reconhecimento dos

profissionais quanto aos principais sinais e sintomas da esquistossomose, consideramos que apenas a partir das informações clínicas já é possível sugerir o acometimento por esquistossomose, uma vez que as condições epidemiológicas locais são favoráveis ao adoecimento da população. Uma vez que, em sua grande maioria, os profissionais da ESF são capazes de identificar um caso suspeito de Esquistossomose, se faz necessário entender o que os mesmos procedem, haja visto a suspeita. Para tanto, os profissionais foram questionados quanto a sua atitude frente a um caso suspeito de Esquistossomose. Todos os profissionais afirmaram que encaminham o caso suspeito aos profissionais de nível superior da ESF, para que o mesmo seja investigado, conforme recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a). A ESF pontuou o máximo de pontos possíveis (04) neste critério também. O último Inquérito Coproscópico realizado na localidade data de 2011, ou seja, há mais de 02 anos. Logo, não foi atribuída pontuação ao critério referente à realização do inquérito coproscópico. Na ocasião, a população de Serrambi era de aproximadamente 2242 comunitários e foram realizados 401 exames parasitológicos de fezes (17,88%). Esse último dado resulta no alcance de apenas 1,33 pontos no critério referente à cobertura do inquérito coproscópico (BRASIL, 2014). Os ACS foram questionados quanto a sua participação no último Inquérito, e apenas 01 ACS (25%) afirmou ter colaborado na distribuição e recolhimentos de potes coletores de fezes, ainda que isto seja uma atribuição explícita dos mesmos. Assim, neste critério a ESF pontuou apenas 1,33 pontos. A Enfermeira da ESF afirmou ser rotina a realização do exame parasitológico de fezes dos casos suspeitos de esquistossomose, no entanto, no SISPCE não há registro de solicitação, via demanda passiva através da EqSF, de exame parasitológico com pesquisa para Esquistossomose desde 2010. Essa informação sugere que a enfermeira não tem encaminhado, através da ficha 108, os dados referentes à possível demanda passiva existente na ESF, e as informações quanto ao adoecimento populacional na localidade não têm chegado aos gestores para a tomada de eventuais providências. Considerando a inconsistência das informações, buscou-se verificar os registros da enfermeira, que, por sua vez, acumula anotações de 28 casos suspeitos diagnosticados e tratados desde 2010. Assim sendo, optou-se por julgar que a ESF cumpre esta atribuição (alcançou 04 pontos neste critério), mas não fornece estas informações aos órgãos competentes da maneira adequada – por meio das Fichas 108 do PCE. A mesma também garantiu que exames

complementares são solicitados, quando necessário, especialmente USG de abdômen total (Pontos alcançados neste critério: 04).

- b) Tratamento (alcançou 66,7% dos pontos - Parcialmente Implantado): entre os examinados no último inquérito foram diagnosticados 27 casos de Esquistossomose (6,73%), dos quais 11 (40,74%) tiveram acesso ao tratamento indicado e, por esse motivo, a localidade só alcançou 1,67 pontos neste critério. Com relação ao encaminhamento dos casos graves, a enfermeira referiu que na ESF nunca houve registro de um caso grave de Esquistossomose, mas que uma vez havendo, encaminharia o usuário para o Hospital das Clínicas, na capital do estado de Pernambuco (Recife), haja vista que o município não possui um médico especialista de referência para acompanhar os casos graves de esquistossomose. Em razão do entendimento do processo adequado, a este critério foi atribuído pontuação máxima.

5.1.2.3 GI do componente Vigilância

O GI do componente Vigilância alcançou 25,53% dos pontos, sendo classificado, portanto, como *Não Implantado*.

Com relação aos subcomponentes do componente vigilância, podemos verificar que:

- a) Reconhecimento das condições ecológicas e ambientais de risco (não pontuou nesta subcategoria - Não Implantado): Não há rotina de identificação e reconhecimento das condições sanitárias, coleções hídricas e criadouros de moluscos transmissores da Esquistossomose na localidade, não havendo, portanto, atribuição de pontuação em nenhum dos critérios deste subcomponente.
- b) Notificação (alcançou 100% dos pontos - Implantado): conforme orientações do Ministério da Saúde, os casos de esquistossomose devem ser de notificação compulsória apenas em áreas não endêmicas. Em municípios endêmicos, a notificação deve haver apenas na ocorrência de caso grave de esquistossomose. Sendo o município de Ipojuca endêmico, os casos de esquistossomose em Serrambi não precisam ser notificados, com exceção dos casos graves, que, segundo a enfermeira da ESF da localidade, nunca ocorreram. Na intenção de julgar a notificação dos casos graves nesta localidade, optou-se por atribuir-lhe os pontos possíveis neste indicador, uma vez que a enfermeira tinha entendimento das condições agravadas da esquistossomose e conhecimento das recomendações de

notificação do Ministério da Saúde, e não a fez por motivo da ausência de indicação.

- c) Utilização da Informação (este subcomponente não pontuou - Não Implantado): a ausência de registro de dados epidemiológicos, referentes à demanda passiva, e ecológicos, referentes à ausência de registros que configurem o reconhecimento geográfico, está fragmentando a construção das informações em saúde, que poderiam ser utilizadas para planejar, monitorar e avaliar as ações a serem desenvolvidas, colaborando para o efetivo controle e vigilância da esquistossomose na localidade de Serrambi. Uma vez que esses registros inexistem, é impraticável utilizá-los para o planejamento das ações de controle da esquistossomose na localidade, por esse motivo, a enfermeira informou que a equipe tem desenvolvido essencialmente as ações previamente planejadas pela gestão do PCE.

5.1.2.4 Total de pontos da dimensão processo (GI da dimensão processo)

Somando-se os pontos, para cada componente e categoria profissional respondente, a localidade atingiu 40% dos pontos possíveis. Sendo assim, o GI da dimensão processo na localidade foi classificado como *Não Implantado*, distribuídos conforme a **Tabela 2** abaixo:

Tabela 2 - Distribuições de pontos por componente, subcomponente e GI da dimensão processo.

Componente	Subcomponente	Critério	Pontuação atingida	Pontuação atingida e GI					
				Subcomponente		Componente		Dimensão	
				Pontuação atingida	GI (%)	Pontuação atingida	GI (%)	Pontuação atingida	GI (%)
Promoção da Saúde	Ações Transversais	Articulação transversal	0	0	0				
	Educação em saúde e mobilização social	Realização, por parte dos profissionais da EqSF, de ações de educação em saúde e mobilização social junto à comunidade	2,67	2,67	33,37	2,67	19,07		
Assistência	Diagnóstico	Reconhecimento de casos suspeitos de esquistossomose	4						
		Encaminhamento dos casos suspeitos ao profissional de nível superior da ESF	4						
		Exame coproscópico nos casos suspeitos	4	18,66	63,37				
		Participação dos ACS no Inquérito Coproscópico.	0			25,33	64,94		
		Realização do Inquérito Coproscópico.	1,33						
		Cobertura do Inquérito (Exames).	1,33						
	Exames Complementares	4							
Tratamento	Tratamento dos casos diagnosticados	1,67							
	Encaminhamento dos casos graves	5	6,67	66,7			40	40	
Vigilância	Reconhecimento das condições ecológicas e ambientais de risco	Reconhecimento dos criadouros de <i>Biomphalaria</i> (2014)	0						
		Mapa com as coleções hídricas de importância epidemiológica e com os criadouros de <i>Biomphalaria</i> (2014)	0	0	0				
		Reconhecimento das condições sanitárias locais atualizado (2014)	0						
	Notificação	Notificação e investigação dos casos graves	6	12	100	12	25,53		
		Encaminhamento das Fichas de Notificação	6						
	Utilização da Informação	Envio de informações epidemiológicas referentes à esquistossomose da área da ESF para o setor competente	0						
	Análise dos dados epidemiológicos e planejamento e monitoramento das ações de controle da Esquistossomose	0	0	0					

Fonte: Autora do Trabalho.

5.1.3 Cálculo do Grau de Implantação do PCE na ESF

Verifica-se que o GI do PCE na localidade foi 49,86 sendo classificado como *Não Implantado*.

$$\begin{aligned} \text{CE} &= 64,66 \times 4 = 258,64 \\ \text{CP} &= 40 \times 6 = 240 \\ \text{GI} &= 258,64 + 240 / 10 = 49,86 \end{aligned}$$

5.2 Análise do contexto político-institucional (capacidade de gestão) e suas influências sobre o GI

Nesta sessão serão apresentados os resultados da análise do contexto político-institucional realizada na localidade

A tabela que segue indica as pontuações alcançadas pela localidade por cada uma das categorias de análise (projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade) e pelo seu conjunto (capacidade de gestão) (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Escores Obtidos (nº. e %) pela localidade de Serrambi na Avaliação das Categorias do Contexto Político-Institucional.

Categoria	Pontos Máximos	Pontos Obtidos	%	Subcategoria	Pontos Máximos	Pontos Obtidos	%
Projeto de Governo	38	20	52.63	Financiamento da Saúde	12	12	100
				Saúde como Prioridade de Governo	20	8	40
				Iniciativas Intersetoriais	6	0	0
Capacidade de Governo	46	39	84.78	Competência	18	11	61.11
				Perfil do Gestor e Gerentes	8	8	100
				Planejamento e Avaliação	10	10	100
				Modalidade de Gestão	10	10	100
Governabilidade	16	16	100	Base de Apoio Político	8	8	100
				Autonomia Financeira	8	8	100
TOTAL GERAL	100	75	75	-	100	75	75

Fonte: Autora do Trabalho.

Serrambi atingiu um escore global de 75%, tendo, portanto uma capacidade de gestão avançada em vistas à implantação das ações do PCE na ESF.

Quando se avaliou separadamente as categorias do contexto político institucional, a classificação das mesmas oscilou entre intermediária (Projeto de Governo) e avançada (Capacidade de Governo e Governabilidade).

A avaliação do contexto político-institucional de Serrambi mostrou que entre os subcomponentes melhores avaliados encontram-se o financiamento da saúde, o Perfil do Gestor e Gerentes, o Planejamento e Avaliação, a Modalidade de Gestão, a Base de Apoio Político e a Autonomia Financeira, que obtiveram uma graduação avançada, alcançando 100% dos pontos possíveis.

A Saúde como Prioridade de Governo e a Competência, conforme critério utilizado por este estudo favoreceram de forma intermediária a implantação da ação estudada, uma vez que atingiram 40 e 61,11% dos pontos possíveis, respectivamente.

Chama a atenção a não pontuação da subcategoria iniciativas intersetoriais, considerada essencial como parte de um conjunto de ações mobilizadoras de práticas e projetos da gestão municipal voltadas para a modificação das condições de transmissão da esquistossomose.

5.2.1 Projeto de Governo

Do total de 38 pontos possíveis a serem alcançados, a categoria Projeto de Governo obteve 20 pontos (52,63%), tendo sido classificado em intermediário no que se refere ao conjunto de proposições elaboradas pelos dirigentes locais visando o alcance de seus objetivos. Os pontos adquiridos foram assim distribuídos: financiamento da saúde obteve 12 dos 12 pontos possíveis (100%), saúde como prioridade de governo obteve 08 dos 20 possíveis (40%), e iniciativas intersetoriais não pontuou. Os escores finais (nº. e %) alcançados pela localidade de Serrambi na avaliação da categoria Projeto de Governo, à luz do grupo de evidências obtidas, foram apresentados na Tabela 3, e o detalhamento dos escores finais dos critérios segue na **Tabela 4**.

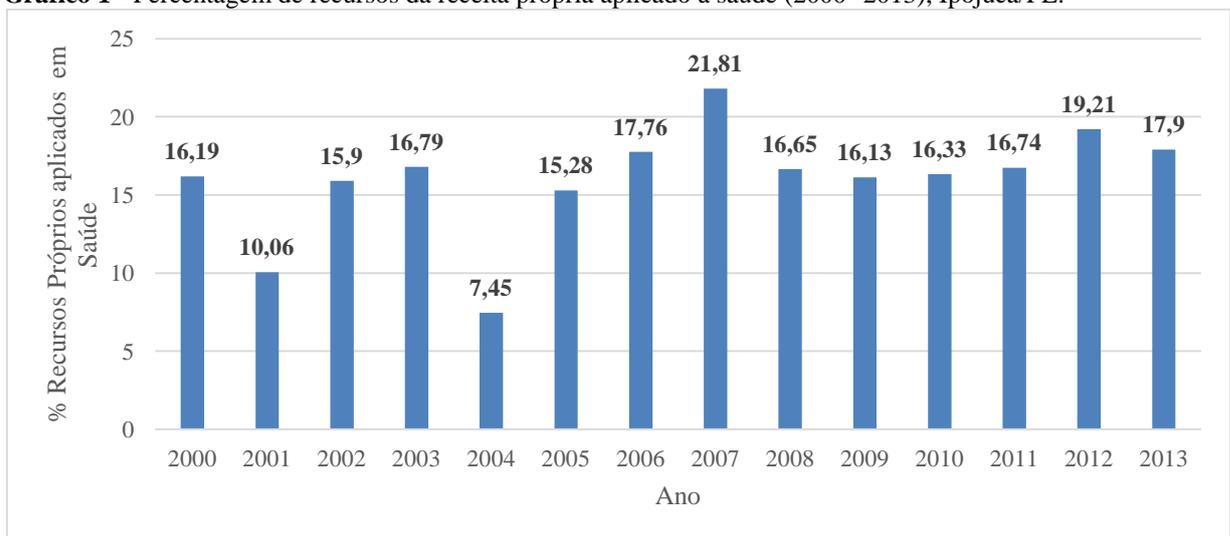
Tabela 4 - Escores Obtidos (nº. e %) pela localidade de Serrambi na Avaliação do Projeto de Governo.

Categoria	Subcategoria	Critério	Pontos Máximos	Pontos Obtidos	%
Projeto de Governo	Financiamento da Saúde	Receita própria aplicada em saúde	12	12	100
		Suficiência de Recursos	4	0	
	Saúde como Prioridade de Governo	Consistência entre os problemas priorizados e as ações propostas	16	8	40
		Iniciativas Intersetoriais	Planejamento integrado das ações	6	0
TOTAL			38	20	52.63

Fonte: Autora do Trabalho.

5.2.1.1 Financiamento da Saúde

Verificou-se se que o percentual do orçamento executado, gastos com saúde do Tesouro Municipal, foi maior ou igual a 15% desde 2005, descumprindo as determinações da Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007) apenas no ano de 2004. Após este ano, a percentagem de recursos próprios aplicados em saúde foi de, em média 17,53% (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE, 2014).

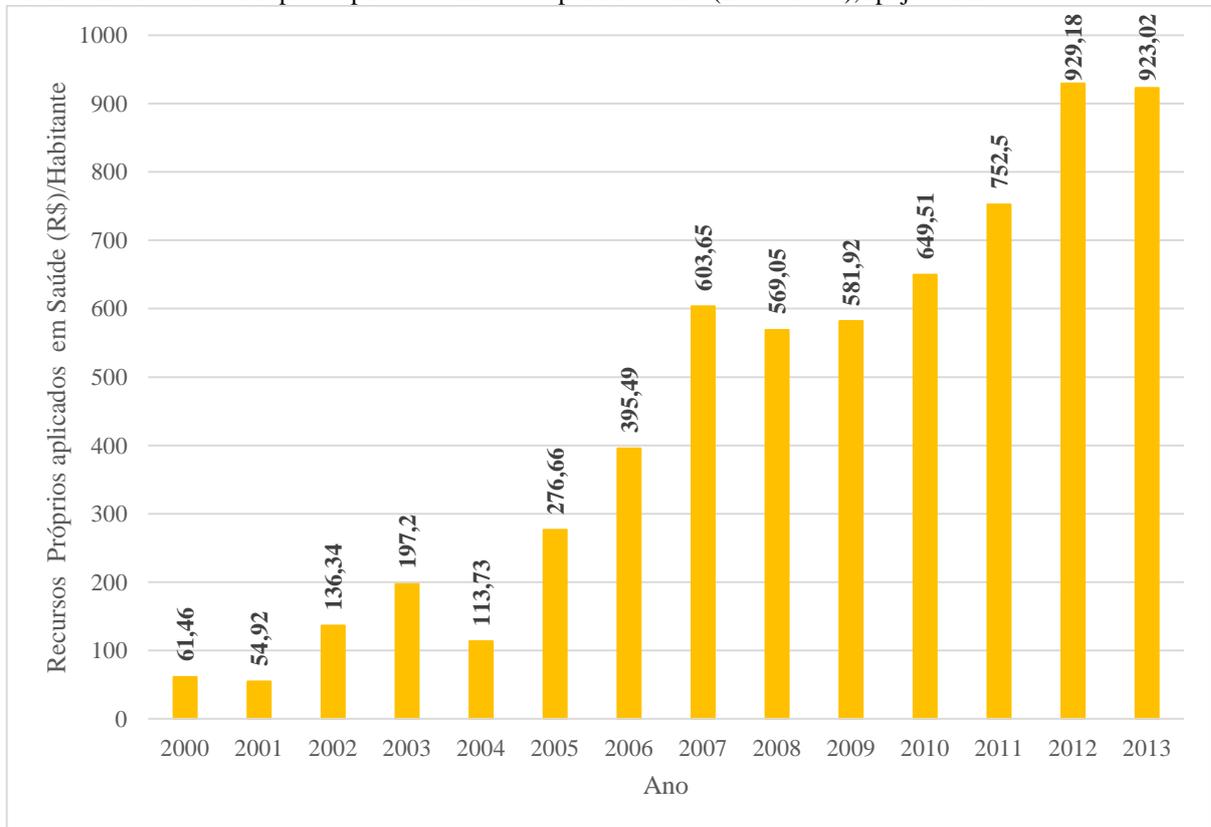
Gráfico 1 - Percentagem de recursos da receita própria aplicado à saúde (2000 -2013), Ipojuca/PE.

Fonte: Autora do Trabalho.

Outro critério utilizado para avaliar o financiamento da saúde foi o gasto público *per capita*, obtido pela razão entre o gasto total em saúde, sob responsabilidade do município, por

habitante, no ano. O Gráfico 02 abaixo mostra esta informação referente à série histórica entre 2000 e 2013.

Gráfico 2 – Recursos Próprios aplicados em Saúde por Habitante (2000 -2013), Ipojuca/PE.



Fonte: Autora do Trabalho.

A partir de 2005, também ficou evidente o incremento no investimento *per capta* em saúde, que chegou a alcançar valores acima de R\$900, 00 em 2012 e 2013 (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE, 2014).

Considerando a consistência e a manutenção do percentual do orçamento gasto com saúde do Tesouro Municipal e o gasto público per capita em saúde em Ipojuca, o município, e logo, a localidade alcançou pontuação máxima (100% dos pontos possíveis) nesses indicadores, e, portanto, nesta subcategoria, favorecendo de forma avançada a implantação das ações de vigilância e controle da esquistossomose na ESF.

5.2.1.2 Saúde como Prioridade de Governo

Para a construção do entendimento sobre esta questão, os profissionais foram, a princípio, questionados se os recursos aplicados à saúde são suficientes, com o intuito de verificar se há coerência entre as afirmações dos respondentes e os investimentos em saúde.

Os dois atores questionados referiram que os recursos aplicados em saúde ainda são insuficientes para a garantia da manutenção da saúde da população, devido à complexidade das questões à saúde associadas. O julgamento da insuficiência de recursos de ambos não confere pontuação (00% dos pontos possíveis) ao município e localidade neste critério.

Posteriormente, foi verificada a consistência entre problemas priorizados e as ações propostas, com o objetivo de compreender como a esquistossomose é percebida e enfrentada pelo município, e, por consequência, julgar a prioridade da mesma.

Para o cumprimento desta etapa foi desenvolvida uma análise documental no Plano Municipal de Saúde (2010 – 2013 e 2014 - 2017), no Relatório Anual de Gestão (2012 e 2013) e no Planejamento Anual de 2014.

No Plano Municipal de Saúde (2010 – 2013) a esquistossomose é apresentada como uma das endemias de maior relevância no município, enquadrada entre as doenças cuja transmissão está relacionada ao saneamento ambiental inadequado, juntamente com a Dengue.

Ainda segundo o PMS (2010 – 2013), as altas prevalências da doença (média de 8,748% entre os anos de 2005 e 2009) denotam a força da mesma na coletividade e representa um indicador de morbidade que necessita de controle efetivo e eficaz para a quebra de seu ciclo de transmissão.

O PMS (2010 – 2013) prevê no Programa 02, que trata do fortalecimento da Atenção Básica e saúde no município, do Plano de Ações e Metas, que sejam desenvolvidas ações assistências e de controle à esquistossomose, haja visto as suas atribuições de promoção da saúde e prevenção de doenças. No Programa 05, que trata da Ampliação e manutenção das ações e serviços de vigilância em saúde, está prevista a investigação de 100% dos casos suspeitos de esquistossomose. Outras atividades, que de alguma forma estão relacionadas às ações de vigilância e controle da esquistossomose, e que, por assim ser, que refletem nas variáveis deste estudo, se mostram enquanto prioridade de governo neste PMS, a saber: a necessidade do incremento das ações de educação em saúde, a ampliação das capacitações profissionais e a imprescindível necessidade de articulação entre o gestor municipal do SUS com outros setores governamentais, como meio ambiente, educação, infraestrutura, que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e da saúde para a população.

Em se tratando do PMS (2014 – 2017), a esquistossomose se manteve enquanto endemia de grande importância no município, haja visto, inclusive o aumento da prevalência

no ano de 2010 (10,7%) e 2011 (11,9%), e a implantação do Programa SANAR, a partir de 2011.

O Município de Ipojuca possui localidades prioritárias do Programa SANAR, onde a estratégia do Tratamento Coletivo anual deve ser uma medida adotada. Esta ação, bem como a realização de duas oficinas ao ano para profissionais de saúde e professores em áreas prioritárias em parceria com o Programa Saúde na Escola (PSE) sobre a esquistossomose, está prevista neste PMS, como um meio de fortalecer as ações de controle da doença. Além disto, está entre as ações programadas pelo município para este quadriênio, a intensificação do monitoramento e controle da doença, bem como a intensificação do tratamento coletivo, através das ESF.

Outras atividades, que de alguma forma estão relacionadas às ações de vigilância e controle da esquistossomose, e que, por assim ser, refletem nas variáveis deste estudo, se mostram enquanto prioridade de governo neste PMS, a saber: implantar ações de educação em saúde ambiental e implementar a Política de Educação Permanente em Saúde para a formação e qualificação dos profissionais em todos os níveis, considerando que a consolidação da gestão do trabalho e educação em saúde são indispensáveis para o fortalecimento dos processos de trabalho.

Em análise ao Relatório Anual de Gestão de 2012, vemos algumas ações desenvolvidas e em andamento:

- a) Ações assistenciais e de controle a esquistossomose: realização de consulta nas USF's, visitas domiciliares aos pacientes acometidos, palestras educativas, articulação contínua com a Vigilância em Saúde para fortalecimento das ações nas USF's e educação permanente dos profissionais da Atenção básica (Em andamento);
- b) Ampliar os programas de combate às infecções específicas e parasitárias, bem como as doenças negligenciadas: levantamento das áreas endêmicas de esquistossomose para planejamento de ações coletivas nessas unidades e implantação dos SIS –PCE (Programa de Controle da Esquistossomose) (Em andamento);
- c) Capacitar a equipe de profissionais técnicos da Vigilância em Saúde: Capacitação em esquistossomose para o desenvolvimento das ações estratégicas do Programa SANAR (Realizado);

No Relatório Anual de Gestão de 2013 encontramos as seguintes ações já implementadas:

- a) Capacitar a equipe de profissionais das ESF: Capacitação em esquistossomose para o desenvolvimento das ações estratégicas do Programa SANAR.
- b) Elaboração e reprodução de material educativo: Material educativo sobre esquistossomose elaborado e reproduzido em quantidade suficiente.

Enquanto planejamento para o ano de 2014 estão previstas a realização do Tratamento Coletivo e Seletivo anual nas localidades prioritárias do Programa SANAR e realização de 02 oficinas voltadas para profissionais de saúde e professores em áreas prioritárias, em parceria com o Programa Saúde na Escola, sobre a esquistossomose.

Os documentos acima expostos nos indicam que a esquistossomose é entendida como um problema a ser enfrentado pelo município, entretanto, as particularidades inerentes ao problema não estão claras nos instrumentos, uma vez que a expansão da doença para áreas antes indenes não é relatada em nenhuma ocasião, e que, a vulnerabilidade da localidade de Serrambi não é apresentada. Este distanciamento do problema não contribui para a implantação de ações com vistas a conter a expansão da área de transmissão da doença, especialmente na localidade de Serrambi.

Apesar do distanciamento do contexto do problema, os documentos acima descritos indicam que a esquistossomose é uma prioridade de governo deste município, e que, há o entendimento de que a esquistossomose é uma doença que precisa ser tratada de maneira integrada, devendo, portanto, as ações de controle e vigilância da doença, estar inseridas nas rotinas das EqSF e por assim ser, existem pactuações para que haja ações assistenciais e de controle a esquistossomose com o intermédio dos profissionais da Atenção básica/ESF.

Deste modo, o município alcançou os parâmetros A e D da MAJ da influência contextual e, portanto, conseguiu 08 pontos no critério “consistência entre os problemas priorizados e as ações propostas” (50% dos pontos possíveis).

Considerando os dois critérios utilizados para julgar a prioridade dada à saúde pelo governo (suficiência de recursos e consistência entre os problemas priorizados), esta subcategoria atingiu 08 dos 20 pontos possíveis (40%), e portanto, foi classificada como intermediária.

5.2.1.3 Ações Intersetoriais

Iniciativas intersetoriais são ações articuladas entre saúde e outros setores para os quais existisse planejamento integrado.

Como forma de identificar a existência de ações intersetoriais, os profissionais foram questionados sobre a existência atual ou pregressa de algum projeto de perfil intersetorial com vistas a intervir no problema levantado por este estudo. Os atores respondentes negaram a existência de qualquer projeto pregresso em andamento ou concluído com este objetivo (em Serrambi), assim, não houve pontuação nesta subcategoria (00% dos pontos possíveis).

5.2.2 Capacidade de Governo

Do total de 46 pontos possíveis a serem alcançados, a categoria Capacidade de Governo obteve 39 pontos (84,78%). Por assim ser, esta categoria favorece de forma avançada a implantação das ações do PCE na ESF. Os pontos adquiridos foram assim distribuídos: competência obteve 11 dos 18 pontos possíveis (61,11%), o perfil do gestor e gerentes obteve 08 dos 08 possíveis (100%), planejamento e avaliação e a Modalidade de gestão alcançaram 100% dos pontos possíveis. Os escores finais (nº. e %) alcançados pela localidade de Serrambi na avaliação da categoria Capacidade de Governo, à luz do grupo de evidências obtidas, foram apresentados na Tabela 3, e o detalhamento dos escores finais dos critérios segue na **Tabela 5**.

Tabela 5 - Escores Obtidos (nº. e %) pela localidade de Serrambi na Avaliação da Capacidade de Governo.
Fonte: Autora do Trabalho.

Categoria	Subcategoria	Critério	Pontos Máximos	Pontos Obtidos	%
Capacidade de Governo	Competência	Conhecimentos	8	7	87.5
		Habilidades	4	4	100
		Atitudes	6	0	0
	Perfil do Gestor e Gerentes	Formação	4	4	100
		Experiência Profissional	4	4	100
	Planejamento e Avaliação	Planejamento Constituído - Instrumento de Gestão	10	10	100
	Modalidade de Gestão	Termo de Compromisso de Gestão em vistas à consolidação dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.	10	10	100
	TOTAL			46	39

Fonte: Autora do Trabalho.

5.2.2.1 Competência

5.2.2.1.1 Conhecimento

Quanto aos conhecimentos requeridos, 83,33% dos profissionais da equipe reconheceram pelo menos 04 sinais e sintomas de fase inicial e crônica da doença. Todos os profissionais têm ciência do correto modo de transmissão da esquistossomose, entretanto, entre os ACS, além da transmissão correta, outras condições de transmissão incoerentes foram citadas com frequência, a saber: comendo verduras mal lavadas (50%) e contato com caramujos que vivem na terra (75%). Todos os profissionais sabem através de qual método é possível diagnosticar o adoecimento e, a enfermeira, única profissional entrevistada habilitada para proceder o tratamento, domina todas as questões referentes ao tratamento medicamentoso. Nenhum profissional demonstrou conhecimentos sobre o PCE e o SISPCE.

Assim, pode-se concluir que neste critério, apenas o parâmetro “E” não foi alcançado, e, portanto, o mesmo alcançou 07 pontos (87,5% dos pontos possíveis). Esta condição favorece de forma avançada a competência, e por assim ser, a implantação da ação estudada.

5.2.2.1.2 Habilidade

Quanto às habilidades, 100% dos profissionais da ESF reconhecem que o controle da esquistossomose é também sua função e admitem que as ações devem ser desenvolvidas de forma integral entre os profissionais da Atenção Básica /ESF e os profissionais da Vigilância em Saúde, justificando que existe uma complementaridade entre os serviços. Assim sendo, este critério atingiu pontuação máxima (100% dos pontos possíveis), e pode ser classificado como avançado.

5.2.2.1.3 Atitude

Quanto ao reconhecimento de suas atribuições, para os ACS, o encaminhamento de casos suspeitos à ESF e a orientação para a realização do controle de cura (100%), o desenvolvimento de educação em saúde (75%), a entrega e recolhimento de potes coletores e o reconhecimento geográfico das coleções hídricas e do molusco transmissor (25%) são suas atribuições. A Técnica de Enfermagem e Enfermeira conhecem todas as suas atribuições para

o controle e vigilância da esquistossomose. Pelos motivos acima expostos, a localidade não pontuou neste parâmetro.

Com relação à prestação à inovação, 100% dos profissionais indicaram que só executam as atividades indicadas pela coordenação do PCE, não havendo proposição ou realização, por parte dos profissionais da EqSF, de qualquer ação que trouxesse inovação ao previamente programado pelo PCE., logo, neste critério também não foram atribuídos pontos à localidade.

Haja vista a inércia dos parâmetros do critério atitude, o mesmo foi classificado como incipiente.

5.2.2.2 Perfil do Gestor

A Secretária de Saúde e os Coordenadores do PCE e da AB possuem formação na área de saúde coletiva e ampla experiência na área de atuação e em gestão, por isso, a localidade alcançou 08 pontos (100% dos pontos possíveis) e o critério foi julgado como avançado.

5.2.2.3 Planejamento e Avaliação

A Secretaria Municipal de saúde de Ipojuca como forma de executar suas funções de modo planejado e buscando o alcance concreto de suas metas, instituiu, em seu organograma, uma Diretoria Geral de Planejamento em Saúde composta por uma Gerência de Instrumentos de Gestão e uma Coordenação de Projetos, Monitoramento e Avaliação de Indicadores, cujas atividades estão pautadas no Planejamento Estratégico.

Os resultados e as perspectivas desta nova conjuntura estão contidos no PMS (2014 – 2017) e foram citados pela Secretária Municipal de Saúde: A inserção do monitoramento e da avaliação ao planejamento tem viabilizado uma maior integração com as áreas técnicas da Saúde e um acompanhamento contínuo das metas programadas pela gestão, se estabelecendo, portanto, como um espaço executor e orientador no processo de construção dos instrumentos de gestão, subsidiando o exercício do planejamento nos diversos âmbitos da Secretaria Municipal de Saúde. Assim sendo, a existência, na SMS de Ipojuca, de uma diretoria com foco no planejamento e avaliação das ações de saúde, e a utilização enquanto instrumento de gestão dos conteúdos produzidos por esta pela gestora, conferem à localidade a pontuação máxima neste critério (10 pontos) o classifica como avançado.

5.2.2.4 Modalidade de Gestão

O Município de Ipojuca firmou, em 2011 (Portaria nº 1.971 de 18 de Agosto de 2011), o Termo de Compromisso de Gestão em vistas à consolidação dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Por esse motivo alcançou os 10 pontos possíveis deste critério, que é, portanto, classificado como avançado.

5.2.3 Governabilidade

A categoria Governabilidade alcançou 100% dos pontos possíveis, e, portanto, foi classificada como avançada no exercício de influências positivas na implantação da ação estudada. Os escores finais (nº. e %) alcançados pela localidade de Serrambi na avaliação da categoria Governabilidade, à luz do grupo de evidências obtidas, foram apresentados na Tabela 03. Nesta ocasião não se faz necessário o detalhamento dos critérios, haja vista todos alcançaram a pontuação máxima e foram por consequência, também classificados como avançados.

5.2.3.1 Base de Apoio Político

Na opinião de 83,33% dos profissionais da ESF, a gestão atual de saúde possui apoio da dos comunitários e dos profissionais de saúde da localidade de Serrambi e do município, e, por isso, conseguiu a pontuação máxima nos parâmetros deste critério (08 pontos).

5.2.3.2 Autonomia Financeira

A Secretaria Municipal de Saúde do Ipojuca possui na sua estrutura a Diretoria Financeira, a qual tem entre suas funções planejar, coordenar e controlar as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil do Fundo Municipal de Saúde. Ainda, a Secretária Municipal de Saúde afirmou ter total autonomia sobre o Fundo Municipal de Saúde. Pelo alcance dos dois parâmetros contidos neste subcomponente, a subcategoria adquiriu pontuação máxima (08 pontos).

5.2.4 A influência do contexto político institucional sobre o grau de implantação das ações de controle e vigilância da esquistossomose na ESF de Serrambi

A análise do contexto político-institucional de Serrambi/Ipojuca revelou que a localidade /Município tem uma capacidade de gestão avançada para gerir o PCE na ESF, no

entanto, mostrou-se ineficiente na condução adequada da implantação da intervenção estudada, que alcançou um GI considerado Não Implantado.

Esta ineficiência pode ser explicada pela fragilidade de subcomponentes e critérios de importância para a implantação das ações do PCE na ESF, a saber: a insuficiência de recursos, a inconsistência entre os problemas priorizados e as ações propostas, a ausência de iniciativas intersetoriais e a ausência de sinergia na competência, uma vez que os profissionais não possuem atitude e não conhecem o PCE.

Embora a aplicação consistente de recursos seja um fator favorável à implantação das intervenções em saúde, a insuficiência dos mesmos, referida pela gestora e pelo coordenador do PCE, remete ao não cumprimento de certas demandas em saúde devido à ausência de recursos passíveis de serem aplicados. Assim sendo, embora com orçamento consistente, existe uma tendência inevitável de priorização de ações em razão da insuficiência de recursos.

É pertinente, portanto, atentar para a consistência entre os problemas priorizados e as ações propostas, e dentro deste contexto, já foi clarificado no transcorrer deste estudo que embora a esquistossomose e a integralidade das ações de vigilância sejam prioridades documentadas, a condição expansiva da área endêmica e de transmissão da doença não se apresenta enquanto um problema, e, portanto, a localidade de Serrambi, não representa prioridade para a gestão atual. É oportuno referir que o mesmo motivo parece justificar a inexistência de projetos de perfil intersetorial com vistas a intervir nas condições de transmissão da esquistossomose em Serrambi, ou nas ações de controle e vigilância da doença.

Ainda, embora seja prioridade documentada a integralidade das ações de vigilância e controle da esquistossomose entre os profissionais da vigilância e da assistência à saúde, o estudo da Capacidade de Governo revelou que os profissionais da EqSF possuem a competência para atuar de forma integrada nas ações de vigilância e controle da esquistossomose fragmentada devido à ausência de atitude e ao desconhecimento a respeito do PCE, apesar do conhecimento amplo sobre os fatores clínico e epidemiológicos da doença. Estas duas questões colaboram sobremaneira na não implantação das ações PCE na ESF, uma vez que o desconhecimento sobre o PCE conflui para o não reconhecimento de suas atribuições dentro do programa, o que resulta na não implantação da dimensão processo.

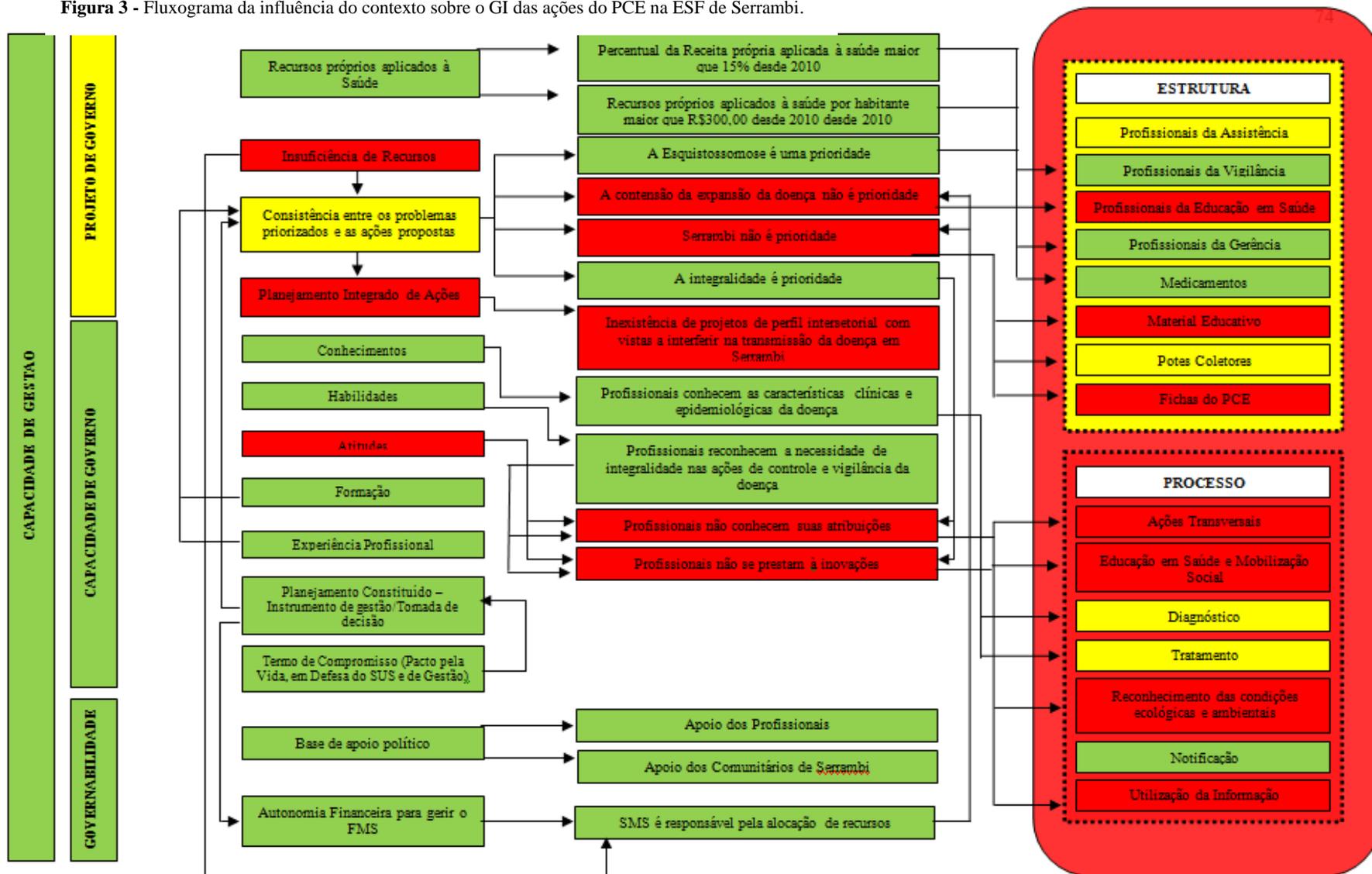
Entre as atribuições não desenvolvidas, contam as referentes ao reconhecimento das condições ecológicas e ambientais de risco. O não reconhecimento das condições sanitárias, das coleções hídricas e da presença de moluscos transmissores da área, por parte dos profissionais da EqSF prejudica a construção de informações eco-epidemiológicas

consistentes, que são indispensáveis para a delimitação das áreas de risco de transmissão da esquistossomose. Estas informações, uma vez não construídas, não se constituem enquanto instrumento que justifica a inclusão da localidade de Serrambi entre as prioridades do governo.

Por fim, a inabilidade de usar adequadamente as condições favoráveis das três categorias da capacidade de gestão terminou por montar uma rede de causalidades que justificam a não implantação das ações de vigilância e controle da esquistossomose pela EqSF de Serrambi.

Para demonstrar a influência do contexto sobre o grau de implantação do PCE na ESF foi construído um fluxograma (Figura 3) para que haja uma melhor aproximação da representação conceitual para a prática, visto que este cenário está em constante mutação, resultado de um processo complexo que envolve componentes políticos, tecnológicos, simbólicos, afetivos, etc.

Figura 3 - Fluxograma da influência do contexto sobre o GI das ações do PCE na ESF de Serrambi.



Fonte: Autora do Trabalho

6 DISCUSSÃO

A discussão envolveu os resultados da pesquisa avaliativa desenvolvida para observar a influência do contexto político institucional na implantação das ações de controle e vigilância da esquistossomose a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) em localidade vulnerável, abordada a partir do referencial teórico desenvolvido por Champagne (2011a), Denis e Champagne (1997) e Matus (1996).

A utilização dessa estratégia de avaliação foi necessária em virtude da multiplicidade de elementos que compõem o controle e a vigilância da esquistossomose, caracterizada pela influência que recebe dos aspectos relacionados ao contexto social, econômico, político, cultural e biológico.

Em decorrência do nível de complexidade da intervenção estudada, optou-se por envolver a análise de categorias relacionadas às etapas metodológicas (Mensuração do GI – Avaliação Normativa – e Análise do Contexto Político-Institucional e sua influência no GI). Segundo Paillard (1999), esta estratégia permite uma análise em separado destes conteúdos, diferenciando os diversos elementos que as compõem, que posteriormente serão reunidos em níveis de complexidade específicos que darão o sentido da totalidade.

Ainda que a discussão referente aos resultados da pesquisa tenha sido sistematizada seguindo as etapas metodológicas do estudo, cada um dos itens não deve ser percebido de maneira isolada, senão como partes complementares de um todo, para que se possa ter uma compreensão efetiva da análise de implantação das ações de vigilância e controle da Esquistossomose desenvolvidas pelos profissionais da EqSF da localidade vulnerável estudada.

6.1 O GI das ações de vigilância e controle da Esquistossomose na EqSF

Nesta fase da pesquisa, foi realizada uma avaliação que resultou no julgamento das ações de vigilância e controle da Esquistossomose da EqSF, comparando os recursos empregados (Recursos Humanos e Recursos Materiais) e o processo desenvolvido, com critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Este método foi adequado para atingir o objetivo proposto dado que partiu do princípio que o desenho da política de controle da esquistossomose para as ESF está correto, sendo este o que deve ser executado nacionalmente.

Quando se analisou a estrutura, procurou-se saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados, e quando se analisou o processo procurou-se saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação normativa revelou a inexistência do Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social, ou seja, de profissionais habilitados para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde. Além disso, indicou que ações de educação em saúde (sobre esquistossomose) não são operacionalizadas pelos profissionais da EqSF.

A Educação em Saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária à saúde no Brasil. O reconhecimento de que a saúde tem um caráter multidimensional e de que o usuário é um sujeito da educação em busca de autonomia são condições essenciais à prática neste âmbito da atenção (CARNEIRO et al., 2012). Neste sentido, a ESF se constitui como um objeto de Educação em Saúde para o acesso da população às informações sobre sua saúde, construção da cidadania e busca de autonomia (ALVES et al., 2011).

Entretanto, ainda que o Ministério da Saúde preconize o uso da educação nos serviços de saúde, enfatizando a importância da ESF, o que se tem observado é que os trabalhadores da saúde têm grande dificuldade em atuar com o conceito ampliado de saúde e acabam não conseguindo contribuir para a diminuição das iniquidades sociais (ALVES et al., 2011).

Ainda dentro do contexto da educação em saúde, foi verificada a indisponibilidade de materiais para esta atividade. As dificuldades relativas às condições materiais foram relatadas em outros estudos como limitações importantes à realização das atividades educativas. Pereira e Servo (2006) mencionam a escassez de material didático para realização de atividades educativas por enfermeiras em unidades básicas de saúde na Bahia. Para Albuquerque e Stotz (2004), essas condições expressam a pouca prioridade atribuída à realização de ações de educação em saúde que atendam aos princípios da integralidade. À luz da conclusão de Albuquerque e Stotz, é possível sugerir que a falta de prioridade também pode ser estendida às ações de controle e vigilância da esquistossomose em Serrambi, uma vez que também foi referida a indisponibilidade de potes coletores para exames de fezes e das Fichas do PCE, o que compromete diretamente a operacionalização das ações (dimensão processo) de vigilância e de assistência. Este fato, atrelado ao desconhecimento dos profissionais da EqSF sobre o funcionamento e a funcionalidade do PCE e do SISPCE podem justificar a não construção e inclusão das informações

epidemiológicas da localidade no SISPCE, e por consequência, a não identificação dos problemas à esquistossomose associados na localidade.

Outro ponto importante, que também viabilizada a fragmentação e a não construção das informações epidemiológicas e ecológicas, é a não realização de Inquéritos Coproscópicos regulares na localidade, apesar da indicação bianual por ser área contígua com áreas endêmicas, e a ausência de rotina de reconhecimento de coleções hídricas e criadouros de moluscos, o que impede a identificação de áreas vulneráveis ou indenes com potencial de transmissão. Esta realidade também foi encontrada em estudos desenvolvidos por Quinino et al. (2009; 2010), quando avaliaram a realização das ações de rotinas do PCE na Região Metropolitana do Recife, e em dois municípios da Zona da Mata, respectivamente.

Ainda entre os recursos humanos, além da ausência de profissional com habilitação para as ações de educação em saúde já mencionadas no início desta discussão, também foi identificada a insuficiência de ACS para a cobertura efetiva da população cadastrada na ESF estudada. O ACS é entendido como um mediador entre a população e o serviço de saúde, por meio de ações educativas, prevenção de agravos e de promoção e vigilância da saúde e como agente social, no sentido de organização da comunidade e de transformação de suas condições (GOMES et al., 2010). Conforme a Portaria 2.027/2011, é item necessário à implantação da ESF o número de Agentes Comunitário de Saúde suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e 12 ACS por ESF. Este número elevado de famílias e comunitários sob responsabilidade do ACS também foi identificado no estudo desenvolvido por Ferraz e Aerts (2005). Ursine et al. (2010) sugere que esta sobrecarga representa um prejuízo na qualidade e da abrangência da atenção à saúde.

Todos os componentes das dimensões estrutura e processo da Avaliação Normativa possuem estreita aproximação com a capacidade de gestão e com os vértices do Triângulo de Governo de Carlos Matus. A avaliação do contexto político-institucional será clarificada no tópico que segue.

6.2 Análise do Contexto Político-Institucional e sua influência no GI

Nesta fase da pesquisa foi realizada a análise da implantação da intervenção. Esta foi procedida através da avaliação da capacidade de gestão do Município/localidade que

compilou os resultados obtidos nas categorias (Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade) do Triângulo de Governo proposto por Carlos Matus.

A opção por utilizar a teoria de Carlos Matus foi pertinente quando se considerou que o controle da esquistossomose nas ESF é uma intervenção social e, como tal, passível de sofrer influências do contexto onde ocorre (MATUS, 1996). Assim, a partir do princípio de que o *locus* onde o PCE é implantado é o município e o modo como suas ações são geridas, as três categorias de análise do contexto puderam ser usadas para explicar as variações em nível de implantação do PCE em Serrambi.

Por outro lado, alguns dos indicadores de gestão utilizados na pesquisa, pela própria indisponibilidade, tinham como nível máximo de fragmentação o município, de modo que dificultou o estabelecimento da relação entre os *inputs* (variáveis de entrada - contextuais) e os *outputs* (resultados esperados – GI em Serrambi). Porém, a relação tornou-se possível uma vez que a localidade é parte do todo municipal e reflete as ações gerais de governo.

Os resultados deste estudo mostraram que os investimentos na saúde por parte da Secretaria Municipal de Saúde são sólidos e se sobressaem aos investimentos médios do Brasil, onde os gastos públicos com saúde não alcançam R\$180,1 *per capita*, em 2004, para aproximadamente R\$ 416,2, em 2012 (BRASIL, 2015a).

Entretanto, verifica-se um descompasso na aplicação correta dos recursos: apesar do cumprimento às recomendações da EC 29 e pela lei 141/2012 (BRASIL, 2015b), o que representa um fator favorável à implantação das ações e serviços de saúde, os investimentos em saúde ainda constituem um entrave à implantação da ação estudada na localidade, uma vez que o gerente direto do programa e a responsável pela condução política da saúde do município os julgam insuficientes no que concerne à esquistossomose.

Dentro deste contexto se faz necessário discutir dois pontos de importância: a insuficiência e recursos e a aplicação de recursos.

A história do Sistema Único de Saúde (SUS) é marcada por problemas de financiamento. Segundo Mendes (2013), os recursos públicos envolvidos sempre foram insuficientes para garantir uma saúde pública, universal, integral e de qualidade. É possível associar a insuficiência de recursos ao repasse federal, que ainda é frágil e inconsistente, uma vez que a lei 141/ 2012 (BRASIL, 2015b), que regulamenta a Emenda Constitucional 29, manteve o método de cálculo da participação do governo federal (o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB), rejeitando o projeto de regulamentação que se encontrava no Senado (PLS 127/2007), o qual definia uma aplicação da União de 10%, no mínimo, da Receita Corrente Bruta (RCB).

Além disso, tão importante quanto a existência de recursos passíveis de serem aplicado à saúde, uma vez que há consistência na aplicação de recursos próprios investidos pelo Município de Ipojuca, é a alocação equitativa de recursos, e, para que haja o financiamento equitativo da saúde previsto na legislação brasileira são requeridos indicadores de necessidades em saúde em vistas a definir prioridades de políticas públicas (DRACHLER, 2003). Assim, a distribuição de recursos para o financiamento da saúde comprometida com a justiça social e a melhoria da qualidade de vida tem sido um desafio para os gestores. Faz-se necessário, então, gestão e planejamento instituído e integrado para a distribuição dos mesmos.

Segundo Felisberto (2004) o monitoramento e avaliação oferecem ao gestor subsídios para uma visão crítica da realidade e para a tomada de decisão baseada em evidências. A avaliação, como julgamento de valor, e o monitoramento, como ferramentas de gestão, são de suma importância para a tomada de decisões e/ou o planejamento de ações, programas e projetos, com vistas ao desenvolvimento de atividades compatíveis com a realidade, que garantam a qualidade dos serviços (CESAR et al., 1996; HARTZ et al., 1998)

O planejamento está, de fato, constituído no Município de Ipojuca e os seus produtos, construídos mediante o monitoramento e avaliação, são utilizados pela gestora para a tomada de decisão, conforme indica a tabela 05. Entretanto, os problemas quanto à transmissão da esquistossomose não estão claros nos documento oficiais que embasam a gestão, o que sugere que há fragmentação na análise dos dados epidemiológicos que dão subsídio às ações gerenciais, dificultando a construção de informação em saúde consistentes que sirvam de instrumento de auxílio eficiente para a tomada de decisão em saúde. Estes resultados corroboram com aqueles achados por Sampaio et al., (2011) em seu estudo sobre a capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da atenção básica onde se viu que a conversão de dados em informações em saúde é comprometida na espera municipal. Esta condição leva ao não delineamento de ações voltadas à identificação das áreas vulneráveis e indenes com potencial de transmissão e à não interrupção da expansão da área endêmica da esquistossomose.

As ações de vigilância e controle da esquistossomose em áreas vulneráveis são indispensáveis para a contensão da área endêmica. Logo, o planejamento e a gestão devem estar atentos à implementação de ações com vistas a impedir o estabelecimento da transmissão da doença na localidade vulnerável de Serrambi, conforme recomendações do Ministério da Saúde.

Com relação ao componente competência, os resultados deste estudo indicam o desconhecimento por parte dos profissionais da EqSF sobre o PCE e sobre suas atribuições dentro do programa. Este fato favorece a desagregação das atividades da vigilância com as atividades da ESF, em desacordo com o que preconiza a portaria nº 1.399, ferindo o princípio da atenção integral do SUS (integralidade) que apresenta-se como um imperativo que confere uma certa qualidade à assistência, exigindo a articulação entre a dimensão preventiva e a assistencial das ações e dos serviços de saúde (O'DWYER et al., 2010). Essa desagregação atenção/ vigilância também foi verificada em trabalho realizado por Meneses (2005), que avaliou o sistema de vigilância epidemiológica da esquistossomose na Bahia.

Entretanto, ainda sobre o componente competência foi possível identificar que os profissionais da ESF reconhecem que o controle e vigilância da esquistossomose é função compartilhada e de corresponsabilidade entre eles e os demais atores da organização, e, possuem conhecimentos clínicos e epidemiológicos sobre a esquistossomose. Esses critérios são positivos à implantação do PCE na ESF, mas, haja vista que a competência é a ocorrência de sinergia entre conhecimentos, habilidade e atitudes, pode-se firmar que a mesma está fragmentada. Esta informação é de suma importância para entender como a capacidade de governo, neste critério, apesar de existirem fatores positivos, influencia de modo negativo o processo a ser operacionalizado e, por consequência, o GI.

Em suma, o resultado da análise do contexto político-institucional revelou que o Município tem uma capacidade de gestão avançada, resultante do desempenho das categorias projeto de governo (intermediário), capacidade de governo (avançado) e governabilidade (avançado).

Entretanto, a inabilidade em usar adequadamente as condições favoráveis da governabilidade e da capacidade de governo, aliados a um projeto de governo frágil terminaram por montar uma rede de causalidades que justifica o grau insatisfatório de implantação das ações de vigilância e controle da esquistossomose em Serrambi.

7 CONCLUSÕES

O município de Ipojuca possui um projeto de governo relativamente consistente, compreende o conhecimento institucional acumulado, o conjunto de saberes e técnicas disponíveis para operar o projeto de governo e reúne dispositivos de poder (político, econômico) necessários para a condução das ações de saúde. Entretanto, apesar dos avanços no tocante à capacidade de gestão municipal, as ações de vigilância e controle da esquistossomose em Serrambi, por não se constituírem enquanto prioridade, não sofrem influência positivas da forma de condução do governo.

Em outras palavras, o nível avançado da capacidade de gestão do Município não foi suficiente para assegurar a implantação da ação estudada em Serrambi, dado que as ações programáticas de controle e vigilância da esquistossomose não atingiram capilarização para a localidade, que por sua vez, apesar de ser vulnerável e possuir indicação de ações em vistas a conter o estabelecimento da transmissão, continuou operacionalizar as ações do PCE de forma desintegrada e na perspectiva biológica da saúde, refletindo o modelo assistencial médico-privatista, com o privilégio das ações de diagnóstico e tratamento.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.15, p.259-274, 2004.
- ALVES, C. K. et al. Interpretação e análise das informações: o uso das matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 89-108.
- ALVES, G. G., AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.
- ARAÚJO, K. C. G. M. et al. Análise Espacial dos Focos de *Biomphalaria glabrata* e de casos humanos de esquistossomose em Porto de Galinhas, Pernambuco. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 409-417, 2007.
- BARBOSA, C. S. et al. Epidemia de esquistossomose aguda na praia de Porto de Galinhas, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 725-728, 2001.
- BARBOSA, C. S. et al. Assessment of schistosomiasis, the Forest Zone of Pernambuco, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 101, supl. 1, p. 55-62, 2006.
- BARBOSA, C. et al. Epidemiological status of schistosomiasis in the state of Pernambuco, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 105, p. 549-554, 2010.
- BARBOSA, C. et al. Casos autóctones de esquistossomose mansônica em crianças de Recife, PE. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 684-690, 2013.
- BEZERRA, L.A.; CAZARIN G.; ALVES C.K.A. Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. In SAMICO, I.; FELISBERTO, E. et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.
- BRANDÃO, H. P.; GUIMARÃES, T. A. Gestão de Competências e Gestão de Desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? **Revista de Administração de Empresas**: São Paulo, v. 41, n. 1, p. 8-15, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção à saúde. **Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância e controle de moluscos de importância epidemiológica**: diretrizes técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **PCE – Programa de Controle da Esquistossomose**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinan/pce/notas%20tecnicas/pce.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância da Esquistossomose Mansonii**: diretrizes técnicas. Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1399, de 15 de dezembro de 1999**. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/portaria3252.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1378, de 09 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <<http://www.renastonline.org/blog/olgarios/portaria-13782013-substitui-portaria-32522009>>. Acesso em: 1 mar. 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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 jan. 2014e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010.html>. Acesso em: 22 jan. 2014f

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488, 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 22 dez. 2014g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.027, de 25 de Agosto de 2011.** Altera a portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html> Acesso em: 5 dez. 2014h.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Contas do Governo:** exercício 2012. Disponível em:

http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/contas/contas_governo/Contas2012/fichas/9.3%20-%20%C3%81reas%20tem%C3%A1ticas%20-%20Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 9 jan 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 9 jan 2015.

CARNEIRO, A. C. L. L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.31, n. 2, p. 115-120, 2012.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. **A avaliação:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a. p. 41-60.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A. et al. **A avaliação:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b. p. 62-74.

CESAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. 59-70, 1996.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. 1978. Alma-Ata. **Declaração de Alma-Ata.** Geneve: OMS, 1978.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Financiamento da Saúde:** novos desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Vigilância em Saúde**. Brasília, 2007.

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

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

DRACHLER, M.L. et al. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 461-470, 2003.

DUBOIS, C.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. **A avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-39

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

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

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

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na AB: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

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

GOMES, K. O. et al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, 2010.

GOMES, E. C. S. et al. Schistosomiasis transmission and environmental change: a spatio-temporal analysis in Porto de Galinhas, Pernambuco - Brazil. **International Journal of health geographics**, Londres, v. 11, n. 51, p. 1-11, 2012.

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

GUIMARAES, M. C. L. et al. A. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1642-1650, 2004.

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

HARTZ, Z. M. A., POUVOURVILLE, G. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1. p. 68-82, 1998.

IBAMA. **Instrução Normativa nº. 141 de 19 de dezembro de 2006**. Regulamenta o controle e o manejo ambiental da fauna sinantrópica nociva. Disponível em: http://www.institutohorus.org.br/download/marcos_legais/INSTRUCAO_%20NORMATIV A_N_141_DE_19_DE_DEZEMBRO_DE_2006.pdf. Acesso em: 12 jan. 2015

IPOJUCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde: 2010-2013**. Ipojuca, 2010.

IPOJUCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde: 2014-2017**. Ipojuca, 2014.

IPOJUCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão: ano 2012**. Ipojuca, 2012.

IPOJUCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão: ano 2013**. Ipojuca, 2013.

IPOJUCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Planejamento: ano 2014**. Ipojuca, 2014.

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

MENDES, A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 987-993, 2013.

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

MATUS, C. **Política, planificación y gobierno**. Washington: Borrador, 1987.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1996.

- O'DWYER, G.; REIS, D. C. S.; SILVA, L. L. G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3351-3360, 2010.
- PAILLARD, B. Sociologia do presente. In: PENA-VEIGA, A.; NASCIMENTO, E. P. (Org.). **O pensar complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Médici, p. 567-586, 2003.
- PATTON, M. Q. **Utilization-Focused Evolution**. Beverly Hills: Sage Publications, 1997
- PEREIRA, A. P. C. M.; CERVO, M.L.A. A enfermeira e a educação em saúde: estudo de uma realidade local. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 7-18, 2006.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Programa de Enfretamento das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco - SANAR – 2011 / 2014**. Recife, 2013.
- QUININO, L. R. M. et al. Avaliação das atividades de rotina do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, entre 2003 e 2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 335-343, 2009.
- QUININO, L.R.M; SAMICO, I.; BARBOSA, C. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da esquistossomose em dois municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 536-544, 2010.
- SAMPAIO, J. et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v, 16, n.1, p. 279-290, 2011.
- SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE. **Relatório do sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde**. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/index.php>>. Acesso em: 18 dez. 2014.
- SILVA, P, B. et al. Aspectos físico-químicos e biológicos relacionados à ocorrência de *Biomphalaria glabrata* em focos litorâneos da esquistossomose em Pernambuco. **Química Nova**, São Paulo, p. 901-906, 2006.
- TEIXEIRA, M.G.L.C.; PAIM, J.S. Os programas especiais e o novo modelo assistencial. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 264-277, 1990.
- URSINE, B.L.; TRELHA, C.S.; NUNES, E.F.P.A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.
- YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.