



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



*PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE
CONTROLE DA FILARIOSE BANCROFTIANA EM JABOATÃO DOS
GUARARAPES-PE*

ORIENTADORES:
Prof. Adriano Cavalcante Sampaio
Prof^a Ana Maria Aguiar

RECIFE, 2005.



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



*PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE
CONTROLE DA FILARIOSE BANCROFTIANA EM JABOATÃO DOS
GUARARAPES-PE*

Trabalho de conclusão de curso desenvolvido pelas alunas Danielly do Rego Ageu de Lima, Fabiana Siqueira Benício e Maria Cavalcanti de Albuquerque Maranhão como requisito parcial para a obtenção do título de especialista no XXI Curso de Especialização em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães sob a orientação dos professores Adriano Cavalcante Sampaio e Ana Maria Aguiar dos Santos.

RECIFE, 2005.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus por mais esta conquista alcançada.

Aos meus familiares e colegas de trabalho pela paciência e compreensão durante todo o curso.

Aos orientadores Adriano Sampaio e Ana Maria Aguiar pela competência, integridade das ações e participação ativa de todo o processo de construção do presente trabalho.

Ao Secretário de Saúde de Jaboatão dos Guararapes, Dr. Ulisses Tenório, pela compreensão e incentivo durante todo o período da especialização.

A professora e amiga Zulma Medeiros, que com todo carinho e sabedoria esteve sempre disponível a nos esclarecer e nortear ao longo do curso.

Aos colegas de turma da especialização e residência em saúde pública, em especial a Quésia Souza de Santana Lima, pela contribuição e participação da mesma na construção deste trabalho.

Enfim, agradecemos a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a construção deste estudo e para a conclusão desta especialização.

Danielly do Rego Ageu de Lima

Fabiana Siqueira Benício

Maria Cavalcanti de Albuquerque Maranhão

RESUMO

As doenças endêmicas atingem, ainda hoje, percentuais expressivos de indivíduos em países em desenvolvimento como o Brasil, provocando grandes perdas sociais e financeiras. Embora exista um grande avanço nos meios científico e tecnológico, estas doenças continuam atingindo altos patamares quando submetidas à avaliações por indicadores de saúde.

A filariose linfática bancroftiana, doença endêmica causada pelo agente etiológico *Wuchereria bancrofti*, atinge principalmente populações de classes socioeconômicas desfavorecidas, em países em desenvolvimento, sendo endêmica em países de clima tropical. Estima-se que no Brasil 3 milhões de pessoas residem em áreas consideradas de risco para a infecção filarial.

O município de Jaboatão dos Guararapes apresentou, em 1992, uma das maiores prevalências da Região Metropolitana do Recife. O último inquérito realizado no período de 1999-2001 demonstrou que a doença estava distribuída em todo o município, com algumas localidades apresentando um alto nível de endemicidade, de acordo com a classificação da OMS.

A partir da análise das estratégias adotadas pelo município de Jaboatão dos Guararapes no controle da filariose, através de estudo descritivo e qualitativo, observa-se que as ações têm sido pontuais e descoordenadas, mostrando-se, desse modo, ineficaz. Identifica-se a necessidade de elaborar novas formas de abordar tanto o programa de combate à filariose quanto as ações de assistência, de forma que se permita mobilizações técnicas e políticas capazes de gerar mudanças efetivas.

Baseado nessas evidências, este trabalho apresenta como proposta a mudança do modelo de combate a filariose vigente no município, tendo como base a transformação do modelo de assistência e vigilância, através de novas propostas de ações intersetoriais, descentralizadas e com enfoque preventivo.

SUMÁRIO

RESUMO

LISTA DE QUADROS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE ANEXOS

1. INTRODUÇÃO.....09

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Filariose linfática bancroftiana.....11

2.1.1 Aspectos gerais.....11

2.1.2 Aspectos clínicos.....12

2.1.3 Epidemiologia.....13

2.1.3.1 Distribuição geográfica da filariose bancroftiana.....13

2.1.3.2 Controle da filariose no Brasil.....15

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral.....20

3.2 Objetivos específicos.....20

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Área de estudo.....21

4.2 População de estudo.....21

4.3 Período de referência.....21

4.4 Desenho de estudo.....21

4.5 Método de coleta e Análise de dados.....22

4.6 Considerações éticas.....22

5. RESULTADOS

5.1 Perfil Sócio-econômico e Ambiental.....	23
5.2 Modelo de Atenção e Gestão do Sistema Municipal de Saúde.....	24
5.3 Ações do Programa de Controle da filariose.....	32
5.4 Recursos Humanos e Materiais.....	33
5.5 Intersetorialidade/Intrasetorialidade.....	33
5.6 Educação e Comunicação.....	34
5.7 Decisão Política.....	34

6. DISCUSSÃO

6.1 Ações do Programa de Controle da Filariose.....	35
6.2 Recursos Humanos e Materiais.....	38
6.3 Intersetorialidade/Intrasetorialidade.....	40
6.4 Comunicação.....	43
6.5 Educação.....	45
6.6 Decisão Política.....	48

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....51

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....54

ANEXOS

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Serviços de saúde pertencentes ao município.....	26
QUADRO 2 – Postos de coleta passiva por ano e distrito.....	28
QUADRO 3 – Consolidado dos dados obtidos nas buscas ativa e passiva no período de 2001-2004.....	29
QUADRO 4 - Prevalência de microfilaremia por distrito sanitário.....	31
QUADRO 5 – Maiores níveis de endemicidade por distrito/ bairro/ localidade.....	31

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Relação entre o número de exames realizados em buscas ativas e passivas.....	29
GRÁFICO 2 – Relação entre o número de casos positivos e indivíduos medicados.....	30

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer da Comissão de Ética do CPqAM/FIOCRUZ

ANEXO 2 – Carta de Anuência

ANEXO 3 – Termo de Consentimento

ANEXO 4 – Questionário utilizado nas entrevistas

ANEXO 5 - Ficha de notificação/investigação

ANEXO 6 – Formulário para referência e contra-referência

1. INTRODUÇÃO

Decorrido mais de meio século de atividades do Programa de Controle da Filariose no Brasil, a endemia ainda persiste como problema de saúde pública, a despeito dos avanços científicos alcançados quanto às estratégias para seu controle. Esse fato suscita alguns questionamentos a respeito dos caminhos percorridos desde a identificação de um evento enquanto problema de saúde pública, até a elaboração e a execução de políticas públicas voltadas para sua resolução (BRAGA et al., 2004). As estratégias de intervenção adotadas no país nestes últimos 50 anos caracterizaram-se por ações dirigidas à identificação e tratamento dos doentes, sem considerar o contexto social de desigualdades em que os indivíduos estão inseridos, tendo demonstrado limitada eficácia diante da complexidade dos fatores envolvidos (ALBUQUERQUE, 1993).

Apesar dos avanços alcançados após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de saúde brasileiras passaram, nesse contexto, por períodos de incertezas. Esse quadro foi observado em relação às ações de controle das endemias, com ênfase para a filariose, não tendo sido bem apreendidos os papéis das três esferas de governo, com atrasos das medidas que necessitavam ser implementadas e superposições de funções, além de outros problemas com o planejamento das ações e as atividades logísticas. No tocante à municipalização das ações da endemia, esta ainda não foi concretizada na extensão necessária, nem tampouco vem ocorrendo o controle popular por meio da sociedade civil organizada, através da sua participação na gestão dos serviços de saúde (MEDEIROS et al., 2003).

Estudos concluíram que os programas de controle da Filariose Bancroftiana freqüentemente não se adequam a realidade cultural local, e que as estratégias adotadas, em sua maioria, são insustentáveis e inapropriadas face às tradições, a transmissão, o tratamento e a prevenção utilizada (AHORLU et al *apud* FALCÃO, 2002).

Atualmente, as medidas de controle realizadas em Jaboatão dos Guararapes são desenvolvidas pelo Centro de Vigilância Ambiental (CVA) através do Programa de Combate à Filariose e baseadas no atendimento clínico a pacientes acometidos pela doença, utilizando-se o tratamento quimioterápico. No entanto, tais ações têm mostrado-se ineficazes, devido a falta de planejamento e insuficiência de recursos materiais e humanos para atender a demanda, tornando estas ações descontínuas e pontuais.

Alguns questionamentos foram levantados sobre o controle da filariose no município, tais como: estaria ocorrendo centralização das ações? Inexistiria um processo sistemático de planejamento? Existiria uma dissonância dos mecanismos de ação/gestão e as necessidades do programa de combate a filariose? Estaria havendo uma desarticulação entre as ações de controle e setores afins da administração municipal?

Em função destes questionamentos, este trabalho apresenta estratégias de intervenção efetivas para o controle da Filariose Bancroftiana em Jaboatão dos Guararapes (PE) e propõe uma metodologia para futura intervenção.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FILARIOSE LINFÁTICA BANCROFTIANA

2.1.1 Aspectos gerais

A filariose linfática é uma doença infecto-parasitária, provocada por vermes filiformes, alongados e translúcidos, de aspecto opalino, revestidos por uma cutícula lisa pertencentes à classe *Nematoda*, a ordem *Filariidae* e superfamília *Filarioidea*. A *Wuchereria bancrofti*, a *Brugia malayi* e a *Brugia timori* desenvolvem-se nos vasos e gânglios linfáticos, causando a filariose linfática (REY, 1991).

Os vermes adultos de *Wuchereria bancrofti* possuem como habitat preferencial os vasos linfáticos, local em que podem permanecer vivos por um período que varia de oito a dez anos. As microfírias são embriões resultantes do acasalamento entre os vermes adultos, possuem 250 a 300 µm de comprimento e movimentam-se ativamente na circulação sanguínea (REY, 1991). Durante o dia esses parasitos localizam-se nos capilares profundos, especialmente pulmões, não aparecendo na circulação periférica, o que ocorre ao anoitecer (DREYER; MEDEIROS, 1990).

Esses parasitos apresentam como características marcantes no seu círculo evolutivo a obrigatoriedade de um estágio de maturação realizado em artrópode hematófago (hospedeiro intermediário) assim como um período de desenvolvimento com atividade reprodutora no hospedeiro vertebrado. No caso particular da *Wuchereria bancrofti* o único hospedeiro definitivo é o homem (REY, 1991; DREYER 1994).

Na maioria das áreas endêmicas a doença é transmitida pelo mosquito do gênero *Culex quinquefasciatus*, conhecido popularmente por muriçoca, carapanã, pernilongo, entre outros, a depender da localidade de origem (REGIS et al., 1996). O referido inseto possui hábitos domiciliares, proliferando-se preferencialmente, em locais onde exista acúmulo de água com alto teor de matéria orgânica (fossas sépticas, canais, canaletas, tanques, poços,

etc), ou seja, em áreas cujas condições sanitárias sejam precárias e o saneamento ambiental inadequado (MOTT et al., 1990; ALBUQUERQUE, 1993). O processo através do qual o vetor transmite a filariose bancroftiana ao ser humano é considerado bastante ineficiente, sendo necessária uma prolongada e intensa exposição às picadas infectantes para produção de infecção (REGIS et al., 1996).

Outros fatores também contribuem no potencial de transmissão e na distribuição geográfica da doença, tais como condições climatológicas, fatores ambientais e condições socioeconômicas das populações (VIEIRA; COELHO, 1998; FONTES, 1995).

2.1.2 Aspectos clínicos

A filariose linfática caracteriza-se por apresentar uma ampla diversidade de manifestações clínicas, com sinais e sintomas que variam de acordo com a resposta imunológica do hospedeiro definitivo e do estágio do verme adulto envolvido na infecção filarial. Tais manifestações podem revelar-se desde assintomáticas até sintomáticas crônicas. Os pacientes assintomáticos podem levar meses, anos ou mesmo a vida inteira sendo portadores da infecção latente. Neste grupo, incluem-se os pacientes microfilarêmicos e amicrofilarêmicos infectados, portadores somente de vermes adultos.

Esses indivíduos por não apresentarem sintomatologia são de grande importância para a epidemiologia e a saúde pública: como não têm queixa, não buscam o serviço de diagnóstico de filariose, tornando-se potencial fonte de infecção, mantendo a transmissão da doença nas áreas em que vivem. Os indivíduos sintomáticos caracterizam-se nas fases agudas ou crônicas (DREYER; NORÕES, 1997).

Os episódios agudos causam sofrimento importante e muitas vezes levam a ausências no trabalho. Os ataques agudos das filarias são conhecidos como linfangite filarial (FADL), causada pela morte do verme adulto, quer seja espontânea ou através da ação da droga macrofilaricida, podendo ser acompanhados de reações locais e sistêmicas

como febre, cefaléia e mialgia (DREYER; NORÕES, 1997). Os pacientes com manifestações crônicas representam o grupo de maior importância clínica e patológica, devido às lesões (linfedema, hidrocele uni ou bilateral, quilúria, quilocele e eosinofilia pulmonar tropical), na maioria dos casos, irreversíveis, além das graves seqüelas que se deve considerar, também, às conseqüências de ordem psicológica e social (WHO *apud* BONFIM, 2002).

Estima-se que cerca de 10 a 15% dos indivíduos infectados evoluirão para a cronicidade. É nesta fase que tem origem as formas graves e estigmatizantes da doença. O processo é iniciado com a infecção do indivíduo, geralmente quando criança ou adolescente, podendo este permanecer assintomático por tempo indeterminado. Neste sentido, o infectado assintomático também deve ser alvo dos programas de controle da morbidade, no intuito de se minimizar os efeitos da infecção a médio e longo prazo (DREYER & DREYER, 2000).

2.1.3 EPIDEMIOLOGIA

2.1.3.1 Distribuição geográfica da filariose bancroftiana

A filariose linfática é uma infecção que atinge principalmente populações de classe socioeconômica desfavorecidas, em países em desenvolvimento, com estrutura de saneamento básico precária, sendo, dessa forma, endêmica em várias regiões de clima tropical e subtropical. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) aproximadamente 800 milhões de pessoas vivem em áreas endêmicas, no mundo. Destas, 120 milhões estão infectadas com a *Wuchereria bancrofti* (WHO *apud* FALCÃO, 2002).

Nas Américas a doença se distribui nos seguintes países: Brasil, Costa Rica, República Dominicana, Haiti, Guiana, Suriname, Trinidad e Tobago. A OMS estima que nas Américas 6,5 milhões de pessoas vivem em áreas endêmicas e aproximadamente 420 mil pessoas estão infectadas, sendo que o maior número está no Haiti com 200 mil

indivíduos infectados e na República Dominicana com 100 mil. No Brasil considera-se que 3 milhões de indivíduos residem em áreas consideradas de risco para a infecção filarial linfática (WHO, 1994). Os primeiros inquéritos hemoscópicos e entomológicos realizados no Brasil deram-se na década de 50, e tinham a intenção de detectar a transmissão autóctone da bancroftose. Foram 551 inquéritos hemoscópicos em 21 estados e territórios, totalizando-se 447.565 pessoas examinadas. Foi comprovada a existência de focos da doença em 11 localidades sendo registrados dois de grande importância médico-sanitária: Recife (PE) e Belém (PA) (RACHOU, 1957).

Campanhas foram realizadas pelo Ministério da Saúde (MS), as quais confirmavam redução nas taxas de prevalência em quase todos os focos; os boletins afirmavam que a endemia estava controlada no Brasil (BRASIL, 1985). Posteriormente pesquisas realizadas pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) evidenciavam que a endemia ainda se constituía um sério problema de saúde pública, com muitos indivíduos expostos, infectados e doentes, sugerindo considerável aumento da doença em toda a Região Metropolitana do Recife (DREYER, 1987).

Atualmente, no Brasil, identificam-se três áreas endêmicas: Região Metropolitana do Recife (PE), Belém (PA) e Maceió (AL) (BRASIL, 1997). No estado de Pernambuco a doença está focalmente estabelecida em Recife e já se comprova a sua expansão para os municípios circunvizinhos de Olinda, Jaboatão dos Guararapes, Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe e Paulista, tornando-se assim, endêmica em toda região metropolitana do Recife (RMR) (MACIEL et al, 1994; MEDEIROS et al., 1999).

Na região metropolitana do Recife, durante a década de 90, foram realizados diversos estudos, tanto em áreas reconhecidamente endêmicas, quanto em áreas indenes, encontrando-se taxas de prevalência de até 15% em alguns bairros carentes (MACIEL et al., 1994).

Segundo Relatório de Avaliação da Filariose Linfática no Brasil, em Pernambuco (1999), a taxa de prevalência de filariose era 1,69% com base em 120.127 exames

realizados, dos quais 2030 tiveram resultado hemoscópico positivo (Ministério da saúde, 2000).

No ano de 1959, realizou-se inquérito hemoscópico no município de Jaboatão dos Guararapes (PE), o qual demonstrou prevalência de infecção de 0,84%; apesar disso, como todos os casos eram provenientes de Recife (PE) nenhum trabalho foi sistematizado. Em 1992, o município apresentou uma das maiores prevalências da Região Metropolitana do Recife (RMR) (MEDEIROS et al., 2004).

Em novo inquérito realizado no município, no período de 1999-2001, abrangendo seus 3 Distritos Sanitários (Cavaleiro, Jaboatão e Prazeres) detectaram-se taxas de prevalência que variavam de 2,2% em Cavaleiro; 0,8% em Prazeres e 0,7% em Jaboatão. O bairro de Cavaleiro apresentou a maior prevalência do referido distrito (5,1%). Quando analisado por localidades tem-se as maiores taxas no Alto São Sebastião (11,1%), Alto da Colina (8%), Baixo da Colina (7%) e Cavaleiro (5%). Atualmente, a filariose bancroftiana permanece endêmica e em expansão na região metropolitana do Recife. (BONFIM, 2003)

2.1.3.2 Controle da filariose no Brasil

O enfrentamento da filariose como doença, no Brasil ocorre desde 1910, mas seu controle só foi iniciado nos anos 50. A campanha nacional pelo seu combate iniciou-se em 1951 e com 19 anos de atuação, teve suas ações divididas em dois momentos. O primeiro foi coordenado pelo Serviço Nacional de Malaria (1951-1955), o qual contou com atividades pertinentes ao aspecto humano e entomológico da endemia. Foram realizados inquéritos hemoscópicos por meio da busca ativa. Os indivíduos microfilarêmicos foram tratados com a dietilcarbamazina (DEC) na posologia de 6mg/Kg/dia durante 7 dias segundo recomendação da OMS. Em relação ao combate do vetor, utilizaram-se inseticida de ação residual do tipo hexaclorobenzeno (BHC) e dieldrin (FRANCO & LIMA, 1967). A segunda fase da campanha foi iniciada em 1956 após a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu).

As ações realizadas pelo DNERu fundamentaram-se em três aspectos: o primeiro, baseado no levantamento da distribuição geográfica da filariose, por meio de inquérito com busca ativa e cobertura censitária, visando à descoberta, comprovação e delimitação de áreas afetadas. O segundo aspecto, diz respeito ao fato de que, nas áreas com presença de transmissão ativa, o combate a filariose ocorreria por métodos que visassem agir sobre o agente etiológico ou vetor, conforme indicações técnicas, sociais, e econômicas, com a finalidade de reduzir a transmissão, e se possível erradicar a parasitose. Como último aspecto, estariam as pesquisas e as investigações, principalmente epidemiológicas e profiláticas, que tinham o objetivo de melhorar o conhecimento epidemiológico da endemia, aperfeiçoar os métodos de diagnósticos e desenvolver outros métodos que permitissem uma profilaxia de massa mais eficiente, econômica e simples (FRANCO & LIMA, 1967).

De 852 localidades analisadas, apenas 11 foram classificadas endêmicas pela presença de indivíduos microfilarêmicos e de mosquitos vetores com larvas infectantes de *Wuchereria bancrofti*: Ponta Grossa (SC) (14,5%), Belém (PA) (9,8%), Barra de Laguna (SC) (9,4%), Recife (PE) (6,9%), Castro Alves (BA) (5,9%), Florianópolis (SC) (1,4%), São Luís (MA) (0,6%), Salvador (BA) (0,4%), Maceió (AL) (0,3%), Manaus (AM) (0,2) e Porto Alegre (RS) (0,1%) (FRANCO & LIMA, 1967).

Ao final da década de 60, as campanhas determinaram que os principais focos da endemia no Brasil estavam restritos às cidades de Recife, Belém e Salvador. Portanto, as intervenções realizadas daí para frente deveriam priorizar essas áreas (SUCAM, 1985; 1989).

As campanhas realizadas de 1951 a 1969 tiveram importante papel no mapeamento dos focos endêmicos de filariose no Brasil. Entretanto apesar de ter ocorrido alguma redução do percentual de casos positivos, os resultados obtidos no tocante ao seu controle não foram significativos, pois foram baseados prioritariamente, no tratamento dos indivíduos microfilarêmicos diagnosticados nos inquéritos (MEDEIROS et al., 2003).

A partir de 1970, as ações de controle da filariose no Brasil passaram a ser realizadas pela Superintendência de Campanhas em Saúde Pública (SUCAM), sendo denominadas de programas. As estratégias executadas apresentavam poucas diferenças em relação às adotadas anteriormente, com exceção da criação dos postos fixos de coleta, do tipo busca passiva, para atendimento da demanda espontânea (SUCAM, 1983).

Na década de 80, o programa de controle no Recife praticamente estagnou, em parte, pela ausência de uma política de saúde para enfrentar o problema da filariose na cidade e pela falta de medicação para o tratamento de pessoas infectadas. Além disso, a situação epidemiológica da endemia nessa cidade foi baseada apenas nos dados obtidos pela demanda passiva, ou seja, pelos exames coletados nos postos fixos, e as coletas foram realizadas em horário inadequado (SUCAM, 1985).

Em 1989, o Ministério da Saúde (MS) considerou que o Recife ainda era o principal foco no país (SUCAM, 1989), em decorrência do aumento de prevalência, a partir de 1985, de 0,5%, e em 1990, de 3,7% (MACIEL *et al.*, 1996). Um estudo identificando a procedência de casos autóctones de infectados e o índice de infectividade vetorial, mostrou que existia transmissão ativa nos três principais municípios da região metropolitana do Recife: Olinda, Recife e Jaboatão dos Guararapes (MEDEIROS *et al.*, 1992).

A partir da constatação de que o enfrentamento das endemias no Brasil estava sendo ineficiente tentou-se estruturar suas ações, como primeiro passo na descentralização das ações de controle, no final dos anos 80. O MS adotou estratégias baseadas na regionalização dos serviços e dos programas, na perspectiva de torná-las mais adequadas para o controle das doenças endêmicas (FNS *apud* MEDEIROS *et al.*, 2003).

Apesar dos avanços alcançados após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de saúde brasileiras passaram, nesse contexto, por períodos de incertezas, devido às várias tentativas desmobilizadoras daqueles que não se favorecem de uma Saúde Pública digna. Esse quadro foi observado em relação às ações de controle das endemias, com ênfase para a filariose, não tendo sido bem apreendidos os papéis das três

esferas de governo, com atrasos das medidas que necessitavam ser implementadas e superposições de funções, além de outros problemas com o planejamento das ações e as atividades logísticas. No tocante à municipalização das ações da endemia, esta ainda não foi concretizada na extensão necessária, nem tampouco o controle popular por meio da sociedade civil organizada, e sua participação na política dos serviços de saúde (MEDEIROS et al, 2003).

Em 1996, o MS definiu novas diretrizes de ação com o Plano de Eliminação Nacional da Filariose Linfática. Esse plano teve como parâmetro a descentralização das ações de controle, com base na proposta da Organização Mundial da Saúde, que incluiu a filariose linfática como uma das seis doenças infecciosas consideradas erradicáveis ou potencialmente erradicáveis (WHO *apud* MEDEIROS et al., 2003).

Em Pernambuco, principal foco brasileiro, oito municípios participaram da primeira etapa do plano, em que foram realizados inquéritos utilizando-se a pesquisa de microfilárias pela gota espessa. No Recife, o trabalho foi desenvolvido por microrregiões, onde foram encontradas prevalências que variam de 0,1 a mais de 3%. No município de Olinda, foram realizadas 3.232 coletas, com uma prevalência média de 1,3%. Em Itamaracá, foram realizados 7.553 exames, sendo encontrados 13 casos de microfilaremia, distribuídos em sete localidades. Em Camaragibe, analisaram-se 1.554 pessoas, com o diagnóstico de dois microfilarêmicos alóctones em relação ao município. Em Moreno, examinaram-se 2.504 indivíduos, sendo identificados dois portadores de microfilaremia, ambos os casos provenientes de Recife. No Cabo de Santo Agostinho, foram examinados 8.018 residentes, sendo diagnosticados seis microfilarêmicos. No caso de Jaboatão dos Guararapes, os trabalhos não foram concluídos em decorrência do retardo no início do inquérito (FUNASA *apud* MEDEIROS et al., 2003).

Durante o período dos programas, o MS passou a tratar a filariose como se ela estivesse sobre controle. Isso possibilitou o aumento de casos e a expansão da endemia para outras áreas, como é o caso da Região Metropolitana do Recife. Outros fatores que contribuíram para esse aumento foi o número reduzido de ações de controle vetorial, a

ausência de ações integradas de saneamento e de educação sanitária, além do crescimento urbano desordenado (MEDEIROS et al., 2003).

Decorrido mais de meio século de atividades do Programa de Controle da Filariose no Brasil, a endemia ainda persiste como problema de saúde pública, a despeito dos avanços científicos alcançados quanto às estratégias para seu controle. Esse fato suscita alguns questionamentos a respeito dos caminhos percorridos desde a identificação de um evento enquanto problema de saúde pública, até a elaboração e a execução de políticas públicas voltadas para sua resolução (BRAGA, *et al.*, 2004). As estratégias de intervenção adotadas no país nestes últimos 50 anos caracterizaram-se por ações dirigidas à identificação e tratamento dos doentes, sem considerar o contexto social de desigualdades em que os indivíduos estão inseridos, tendo demonstrado limitada eficácia diante da complexidade dos fatores envolvidos (ALBUQUERQUE, 1993).

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que o controle da filariose linfática seja realizado pelo sistema de atenção primária à saúde, tanto municipal como estadual, ou a ele integrado. A utilização dessa estratégia poderá transformar o atual modelo de assistência no controle de endemias em áreas urbanas, em razão dos critérios de eficiência e eficácia das novas propostas de ações intersetoriais, em uma proposta descentralizada e menos assistencialista (ALBUQUERQUE, 1997).

Alguns avanços referentes às experiências no controle das endemias já foram conseguidos. Observa-se, entretanto, a necessidade de elaborar novas formas de abordar tais programas, de forma que se permitam as mobilizações técnica, política e cultural capazes de gerar mudanças efetivas (MEDEIROS et al., 2003).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Desenvolver proposta metodológica de reestruturação do Sistema Municipal de Controle da Filariose Linfática em Jaboatão dos Guararapes – PE.

3.2 Objetivos específicos

- Propor adequações ao modelo de saúde municipal vigente para a implantação de mecanismos organizacionais de controle da filariose linfática com vistas a redução dos níveis de transmissão em Jaboatão dos Guararapes.
- Propor a elaboração de portaria tornando a filariose doença de notificação compulsória em Jaboatão, com criação de ficha de notificação/investigação específica e descrição dos fluxos de referência e contra-referência.
- Propor a implantação de um processo de planejamento estratégico de modo a permitir um permanente monitoramento e avaliação das ações de controle.
- Verificar o grau de articulação da Secretaria Municipal de Saúde com as demais Secretarias do Governo Municipal.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Área de Estudo

O Município de Jaboatão dos Guararapes (PE), localizado na mesorregião metropolitana, microrregião do Recife, distante 14 km da capital. Possui uma área territorial de 257,3 km², uma população total de 580.795 residentes (IBGE, 2000) distribuídos atualmente em 5 Distritos Sanitários: Prazeres, Jaboatão, Cavaleiro, Curado e Jardim Jordão.

O Programa de Combate a Filariose é executado pelo Centro de Vigilância Ambiental (CVA), sendo esta unidade ligada à Diretoria Geral de Epidemiologia e Vigilância a Saúde (DGEVS).

4.2 População de Estudo

No presente trabalho foram realizadas 18 entrevistas com gestores, gerentes e técnicos que possuem direta ou indiretamente interface com o controle da filariose no município de Jaboatão dos Guararapes-PE

4.3 Período de Referência

Outubro a dezembro de 2005.

4.4 Desenho de Estudo

Para elaboração deste projeto foi realizado um estudo de caso do tipo analítico, transversal e qualitativo.

4.5 Método de Coleta e Análise dos Dados

Realizou-se análise documental nos registros da Diretoria Geral de Epidemiologia e Vigilância em Saúde (DGEVS), do Centro de Vigilância Ambiental (CVA) do município e da Diretoria Geral de Saúde. Foram realizadas consultas às publicações científicas que abordam o tema em estudo. O instrumento utilizado para a coleta de dados junto aos profissionais de saúde foi a entrevista individual, semi-estruturada, elaborada com questões referentes ao controle da filariose no município (Anexo 3). As falas dos entrevistados foram registradas em um microgravador para posterior transcrição, categorização e análise. Todos os participantes da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e somente após a compreensão e assinatura deste, foi dado prosseguimento à entrevista. Para a construção de gráficos foi utilizado o excel e na digitação dos textos o Word.

4.6 Considerações éticas

Todos os participantes da pesquisa receberam antecipadamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2), esclarecendo-se na oportunidade a justificativa, os objetivos e procedimentos que seriam utilizados, como também a garantia de que este trabalho não trará nenhum risco à dimensão física, psíquica, moral intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer de suas fases de execução.

O projeto em pauta foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CpqAM/FIOCRUZ (Anexo 1).

5. RESULTADO

As informações obtidas nesta pesquisa foram adquiridas através de análise documental nos registros da Diretoria Geral de Epidemiologia e Vigilância em Saúde (DGEVS), do Centro de Vigilância Ambiental (CVA) do município e da Diretoria Geral de Saúde, além de profissionais do corpo gerencial e técnico-administrativo das diversas secretarias do município de Jaboatão dos Guararapes. O método de pesquisa foi a entrevista semi-estruturada, baseada em roteiro com cinco eixos temáticos: percepção da doença no município, ações de controle, intersetorialidade, realização de oficinas e sugestão de ações. Após análise dos dados coletados, devido à riqueza das informações obtidas, foi possível a classificação em categorias diversas das inicialmente definidas, sendo representadas por: percepção das ações de controle, recursos humanos e materiais, intersetorialidade/intrasetorialidade, educação, comunicação, decisão política. Essas informações encontram-se descritas abaixo.

5.1 Perfil Sócio-econômico e Ambiental

A cidade de Jaboatão dos Guararapes tem uma extensão territorial de 256,073 km² e uma população de 601.46 habitantes, representando cerca de 7,34% da população residente no Estado (IBGE-2002).

O município é constituído por 30 bairros agrupados em cinco regiões político-administrativas denominadas de Distritos Sanitários.

Segundo o Censo Demográfico de 2000, as classes das pessoas responsáveis pelo domicílio (chefe de família) que tem renda mensal até 5 salários mínimos representa 72,13% da população do município.

Quanto às condições de saneamento, apenas 21,11% dos domicílios de Jaboatão estão ligados à rede de esgotos ou fluviais e 118.607 residências, que equivale a um

percentual de 78,88%, tem como destino dos dejetos fossas rudimentares, valas, rios ou outros tipos de escoadouro.

No que se refere à coleta de lixo, embora o percentual de cobertura dos serviços de coleta domiciliar de 71,99% na cidade esteja razoável, não há meios de se avaliar um importante aspecto: a frequência da coleta. Ressaltamos que 42.144 domicílios eram, em 2000, desprovidos de qualquer serviço de coleta e queimavam, enterravam ou jogavam os resíduos sólidos em áreas abertas.

Quanto ao abastecimento de água, o percentual de domicílios ligados à rede geral foi de 79,19%, ficando 13,05% com abastecimento de água por poço ou nascente, e 7,75% por outras formas de abastecimento não definidas.

As condições climáticas da cidade, clima quente e úmido, favorecem permanentemente um curto ciclo biológico do *Culex quinquefasciatus*. Além disso, a deficiente infra-estrutura urbana aliada às condições da rede de drenagem nas áreas de topografia mais plana, onde o escoamento das águas pluviais e servidas (esgotos) é comprometida devido à baixa declividade do relevo, resulta na disponibilidade de grande número de criadouros reais e potenciais (REGIS et al., 1994).

5.2 Modelo de Atenção e Gestão do Sistema de Municipal de Saúde

O município de Jaboaão dos Guararapes habilitou-se recentemente na Gestão Plena do Sistema Municipal, estando dividido em 05 Distritos Administrativos – Sanitários, composto pelo Distrito I, localizado no bairro de Prazeres, Distrito II em Jaboaão dos Guararapes – Centro, Distrito III em Cavaleiro, Distrito IV no bairro do Curado e o Distrito V no bairro do Jardim Jordão. Cada distrito possui uma direção com a responsabilidade de gerenciar as unidades de saúde existentes em seu âmbito. A situação atual não oferece uma estrutura física e técnico- administrativa que permita aos gerentes resolver as questões locais relacionadas aos programas desenvolvidos, estando as decisões centralizadas na

Secretaria de Saúde, a qual detém todos os sistemas de informações sobre a rede, dificultando o exercício da intersectorialidade dos programas e ações.

O modelo assistencial existente no município prioriza a atenção básica à saúde, cuja cobertura atinge aproximadamente 60% da população, levando o município a comprar serviços complementares ambulatoriais e de diagnóstico a prestadores privados, nos distritos I, II e III. Em relação à atenção básica, o município dispõe de unidades de saúde da família, que atualmente cobre 27,5% da população, e unidades básicas de saúde, conforme distribuição no quadro 1.

O município dispõe de três policlínicas, distribuídas nos distritos I, II e III que oferecem serviços de média complexidade. Entretanto, o fluxo de referência e contra-referência não está definido. As ações relacionadas à alta complexidade são vinculadas e controladas diretamente pelo Gestor Estadual. O município aderiu ao Cadastro do Cartão do SUS em setembro de 2001 e até o ano de 2003 cadastrou 53,46% da população prevista.

O nível central da Secretaria Municipal de Saúde tem na sua estrutura organizacional 04 Diretorias subordinadas ao Secretário Municipal: Diretoria Geral de Saúde, Diretoria Geral de Organização e Serviço, Diretoria Geral de Epidemiologia e Vigilância à Saúde, Diretoria Geral Administrativo e Financeira.

O Programa de Combate à Filariose está vinculado à Diretoria Geral de Epidemiologia e Vigilância à Saúde, sendo coordenado pelo Centro de Vigilância Ambiental (CVA), que centraliza todas as ações de controle da filariose. Atualmente o município limita-se a pesquisa de microfilária (MF) em sangue periférico através do exame de gota espessa (GE), através de busca ativa e passiva, não havendo nenhuma medida de combate ao vetor. As ações de educação em saúde ocorrem por demanda da comunidade, não havendo programação definida para esse tipo de atividade.

Quadro 1: Serviços de Saúde pertencentes ao município (2005).

DISTRITOS					
UNIDADES SAÚDE	I	II	III	IV	V
UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	08	05	05	02	01
USF – UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	24	13	09	-	-
POLICLÍNICA	01	01	01	-	-
CTA – CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO	01	-	-	-	-
SAE – SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	-	-	01	-	-
CAPS – CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL	01	-	-	-	-
AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL	01	-	-	-	-
CREST – CENTRO REGIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR	01	-	-	-	-
PROSAD – CENTRO DE ATENÇÃO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE	01	-	01	-	-
LABORATÓRIO SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA	01	-	-	-	-
CENTRO DE REABILITAÇÃO / FISIOTERAPIA	01	-	01	-	-
CVA – CENTRO DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL	-	01	-	-	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes.

A busca passiva ocorre semanalmente nos seguintes locais: Hospital Geral de Prazeres (2ª a 5ª – quatro vezes por semana) – Distrito I; Hospital Geral de Jaboatão (2ª a 5ª – quatro vezes por semana) – Distrito II e no Hospital Nossa Senhora de Lourdes (duas vezes por semana – em dias alternados, não fixos) – Distrito III. Os distritos IV e V não possuem postos de coleta passiva.

Os exames de gota espessa realizados nos postos de coleta passiva são feitos pela equipe técnica do Programa de Combate à filariose, no horário das 21:00h às 24:00h. O número de postos de coleta passiva dos anos de 2002, 2003, 2004 e 2005, estão representados no quadro 2.

A busca ativa é realizada por quatro equipes, num total de 32 técnicos, no horário de 21:00 às 24:00 h, quatro vezes por semana. As amostras coletadas são enviadas para o laboratório do CVA, em recipientes inadequados, onde são realizados os exames. No laboratório do CVA, que é de pequeno porte, são desenvolvidas atividades relacionadas às várias endemias (dengue, esquistossomose, filariose) não havendo distribuição/divisão física adequada.

Todos os indivíduos com resultado positivo são encaminhados para um único profissional médico, que trata e acompanha todos esses pacientes através de atendimento ambulatorial no Hospital Geral de Prazeres. A medicação administrada aos pacientes portadores de microfilaremia e portadores de morbidade é a DEC (Dietilcarbamazina), a qual fica armazenada no CVA.

O consolidado estatístico de filariose, do período de 2001 a 2004, com o número de exames realizados nas busca ativa e passiva, bem como a positividade, e o quantitativo de pessoas medicadas, está representado no quadro 3.

Quadro 2 – Postos de coleta passiva por ano e distrito

ANO	N° DE POSTOS	LOCALIZAÇÃO (DISTRITOS)		
		I	II	III
2002	14	C.S. Prazeres C.S. Córrego da Batalha C.S. Dom Hélder	C.S. Mariinha Melo P.S. Frei Damião P.S. Jardim Quitandinha	C.S. Francisco Loureiro P.S. Eduardo Menezes P.S. N. S ^a da Conceição P.S. Curado I P.S. Curado III P.S. Curado IV P.S. Reginaldo Almeida P.S. Monte Verde
2003	17	C.S. Prazeres P.S. Córrego da Batalha P.S. Dom Hélder Hospital Geral de Prazeres	C.S. Mariinha Melo P.S. Frei Damião P.S. Jardim P.S. Quitandinha Hospital Geral de Jaboaão	C.S. Francisco Loureiro P.S. Eduardo Menezes P.S. N. S ^a da Conceição P.S. Curado I P.S. Curado III P.S. Curado IV P.S. Reginaldo Almeida P.S. Monte Verde Hospital Nossa Senhora de Lourdes
2004	3	Hospital Geral de Prazeres	Hospital Geral de Jaboaão	Hospital Nossa Senhora de Lourdes
2005	3	Hospital Geral de Prazeres	Hospital Geral de Jaboaão	Hospital Nossa Senhora de Lourdes

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde.

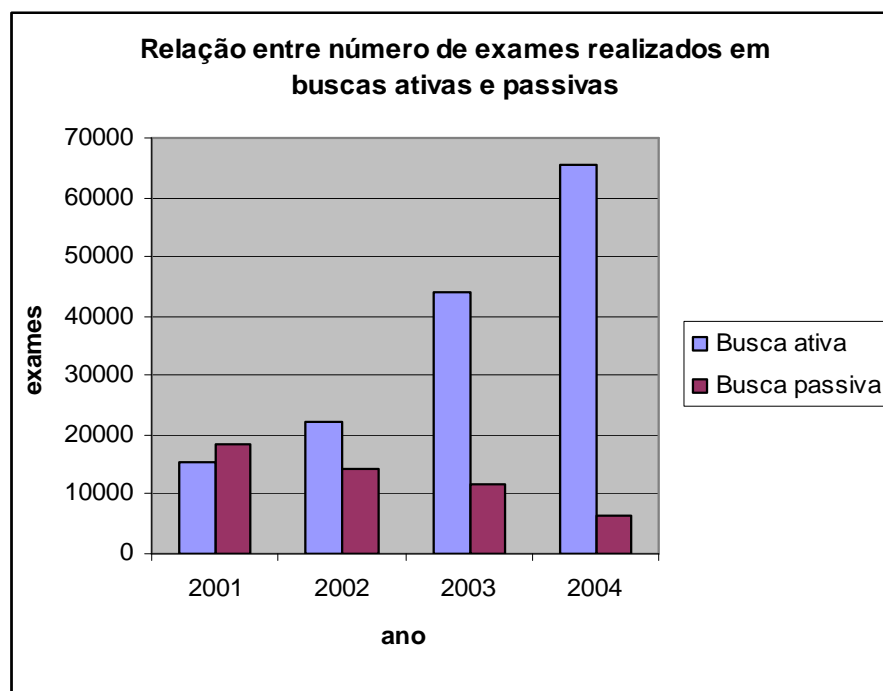
Quadro 3 - Consolidado dos dados de busca ativa e passiva no período de 2001 a 2004.

ANO	TIPO BUSCA	CAPILAR	POSITIVOS	POSITIVIDADE %	PESSOAS MEDICADAS	TRATAMENTO %
2001	Passiva	18.284	116	0,63		
	Ativa	15.346	220	1,43	292	87
2002	Passiva	14.276	119	0,83		
	Ativa	22.293	175	0,78	291	99
2003	Passiva	11.847	132	1,11		
	Ativa	43.988	308	0,70	287	65
2004	Passiva	6.406	50	0,78		
	Ativa	65.651	475	0,72	317	60,4
TOTAL		198.091	1.595	0,81	1.191	75

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde.

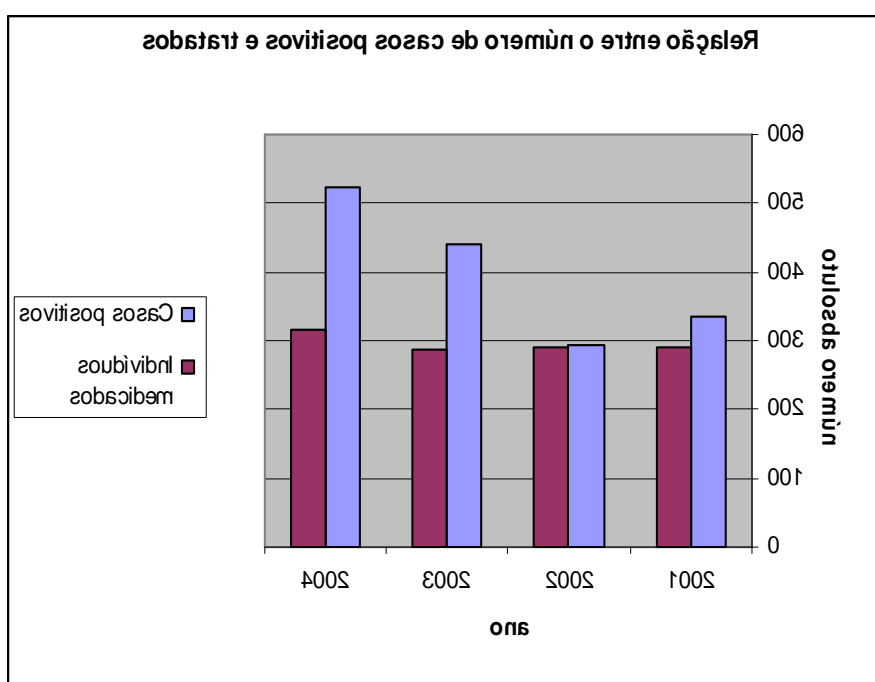
No gráfico 1 foi relacionado o número de exames realizados nas buscas ativa e passiva nos anos 2001, 2002, 2003 e 2004. O observado ao longo dos anos foi o aumento das buscas ativas e diminuição das buscas passivas, fato que corrobora a diminuição de postos fixos de coleta para filariose. Comparando a busca ativa e passiva no ano de 2001, o número de busca passiva era superior ao de ativa, havendo uma inversão nos anos seguintes.

Gráfico 1- Relação entre o número de exames realizados em buscas ativas e passivas.



No gráfico 2 foi comparado o número de casos positivos detectados com o número de indivíduos medicados, observou-se no ano de 2001 uma diferença entre a detecção e o tratamento, ficando um certo número de pacientes sem tratamento. No ano 2002 houve uma melhora na relação detecção/tratamento, já nos anos 2003 e 2004 fica evidente uma falta de integração entre as ações da vigilância e assistência, ficando um número considerável de pacientes detectados sem o tratamento adequado.

Gráfico 2 – Relação entre o número de casos positivos e indivíduos medicados.



Os estudos realizados por Medeiros et al no inquérito de 1999-2001, forneceram a prevalência de microfilariose por distrito sanitário representada no quadro 8, ressaltando que os dois novos distritos considerados atualmente faziam parte dos distritos I e III. Os maiores níveis de endemicidade por distrito, bairro e localidade estão representados no quadro 5.

Quadro 4 – Prevalência de microfilaremia por Distrito Sanitário – 2001.

DISTRITO SANITÁRIO	PREVALÊNCIA
Distrito Sanitário I	0,78%
Distrito Sanitário II	0,76%
Distrito Sanitário III	2,2%

Fonte: Medeiros et al, 2001.

Quadro 5 - Maiores níveis de endemicidade por distrito, bairro e localidade.

DISTRITO	BAIRRO/LOCALIDADE	ENDEMICIDADE	GRAU DE PRIORIDADE
I	Prazeres	2,66%	+
	Lagoa do Náutico	1,92%	+
	Nova Divinéia	1,62%	+
	Pontezinha	1,20%	+
II	Padre Roma	2,91%	+
	São José	0,93%	+
	Engenho Velho	0,72%	+
III	Alto São Sebastião	11,1%	+++
	Alto da Colina	8,0%	++
	Baixa da Colina	7,01%	++
	Cavaleiro	5,0%	++
	Socorro	3,0%	+
	Jardim Monte Verde	2,7%	+
	Zumbi do Pacheco		+
	Lot. Grande Rrecife	1,89%	+
IV		1,95%	+
	Curado	1,43%	+
V	Jardim Jordão	3,54%	+

Fonte: Medeiros et al, 2001. + Baixa endemicidade; ++ Média endemicidade; +++ Alta endemicidade.

5.3 Ações do Programa de Controle da Filariose

Evidenciou-se um interesse e comprometimento futuro dos diversos profissionais entrevistados, ligados direta e indiretamente ao programa de combate a filariose. Contudo, a falta de planejamento adequado, baseado em dados epidemiológicos, faz com que o programa seja realizado sem impactos significativos na redução da endemicidade das diversas áreas.

Atualmente só se realizam exames hemoscópicos através de gota espessa para detecção de microfilarias no sangue, nunca tendo sido realizadas ações de controle do vetor ou tratamento coletivo em áreas de alta e média endemicidade no município.

A distribuição dos postos de coleta passiva, por distrito, nos anos de 2002 a 2005 encontra-se representada no quadro 2, verificando-se uma redução destes postos desde o ano de 2004 até a presente data. Atualmente a coleta de sangue para realização de gota espessa ocorre no período das 21:00 às 24:00 horas.

No quadro 5 estão representadas as localidades, por bairros, dos respectivos distritos que possuem maior endemicidade. As buscas ativas devem ser planejadas com base em dados epidemiológicos, e deverá haver uma ampliação de quatro para seis equipes, devendo as mesmas serem distribuídas da seguinte forma: quatro equipes nos I, II, IV e V distritos e duas equipes no III distrito, onde se encontra localidades com altos níveis de endemicidade.

Os pacientes portadores de microfilaremia e os amicrofilarêmicos, porém com a presença de vermes adultos (portadores de seqüelas), são atualmente atendidos por uma única médica da rede municipal e encaminhados ao Serviço de Referência do Ambulatório Aggeu Magalhães, que se localiza no Recife. O atendimento ambulatorial em Jaboatão é realizado no Hospital Geral de Prazeres, sendo este o único local para acompanhamento e recebimento da medicação.

5.4 Recursos Humanos e Materiais

Atualmente 62 profissionais estão envolvidos diretamente no programa de controle da filariose, com diferentes vínculos, assim distribuídos : 30 profissionais contratados, 30 funcionários efetivos, 01 funcionário estadual e 01 funcionário federal. É necessário o desenvolvimento de ações que estimulem o trabalho em equipe e a explicitação e sedimentação de valores para melhoria na qualidade do trabalho.

Em relação às condições estruturais urge a reorganização do laboratório do CVA que é único para várias endemias, sendo necessária a divisão por endemia e melhor organização inclusive em relação à ergonomia dos profissionais.

5.5 Intrasetorialidade e Intersetorialidade

Evidenciou-se nas diversas entrevistas uma distância muito grande entre as ações das diretorias de epidemiologia, vigilância à saúde e diretoria de assistência à saúde. A articulação entre as diretorias e entre estas e as unidades de saúde são de fundamental importância, e atualmente essas relações são muito frágeis, fato que coloca inúmeros obstáculos à boa condução de qualquer programa de saúde pública.

No que se refere a intersetorialidade foi destacado a sua relevância, e ressaltadas posições incisivas sobre a inexistência ou incipiência da mesma na gestão da saúde, propondo-se a intensificação nas relações intra e intersetoriais.

É ressaltado pela totalidade dos atores entrevistados, em relação à intersetorialidade, sua grande importância no processo de mudança dos serviços de saúde. Contudo, a maioria concorda que ela é inexistente ou incipiente no município e, no que diz respeito a operacionalização de qualquer proposta, é necessário um maior planejamento e organização por parte dos gestores.

5.6 Educação e Comunicação

O estabelecimento de formas de aprender a construir algo baseado em experiências de outros municípios e/ou países foi citado pela maioria dos entrevistados. Foi observado que as ações de educação em saúde sobre a filariose ocorrem de forma pontual, e atualmente não se tem programação definida para esse tipo de atividade.

No que se refere a comunicação, observou-se uma grande deficiência na comunicação entre os diversas secretarias e destas com a população, havendo necessidade de maior divulgação do programa. No distrito de Cavaleiro, área de maior endemicidade da filariose, no único posto de coleta passiva da área não existe identificação suficiente informando a população sobre a existência do serviço. Além disso, as coletas ocorrem apenas duas vezes por semana em dias alternados. Nos distritos I e II encontrou-se identificação da realização de gota espessa através de faixa, sendo o mesmo realizado 4 vezes por semana, de 2^a a 5^a.

5.7 Decisão Política

Na análise das entrevistas, a questão da vontade política foi enfatizada como o fator determinante para o enfrentamento de diversas doenças, como a filariose, que devera caminhar para erradicação nas próximas décadas. Foi citada a necessidade de incentivos financeiros aos profissionais através de melhores salários, pois os mesmos se encontram com os salários mais baixos da região metropolitana, fato que propicia as constantes demissões e rotatividade de profissionais do PSF.

6. DISCUSSÃO

Entende-se que os pontos aqui discutidos e as propostas levantadas estão sujeitas a restrições, sendo coerente com a realidade inicial que a fundamenta e que esta situação inicial estará permanentemente mudando e que a filariose, da forma como se apresenta, não é o problema real, mas a formalização sintética de múltiplos problemas reais que estão no âmbito da saúde e, acima de tudo, do social.

6.1 Ações do Programa de Controle da Filariose

As estratégias de controle da filariose linfática, preconizadas pela OMS, consistem em dois objetivos fundamentais: redução da transmissão e da morbidade, progressivamente, até se alcançar a interrupção da transmissão. Nesse sentido essa Organização sugere que o controle desta endemia seja realizado pelo sistema de atenção primária à saúde, tanto municipal como estadual, ou a ele integrado (ALBUQUERQUE, 1993).

Em função das orientações da OMS e para facilitar o acesso a população em áreas de maior endemicidade sugere-se a ampliação do número de postos de coleta passiva, que atualmente são três, priorizando a prevalência da doença nos bairros e os serviços próprios do município, devendo abranger os cinco distritos sanitários que o compõem, como uma tentativa de descentralização do serviço.

Até a data presente em Jaboatão, nenhuma ação de tratamento coletivo foi empreendida, isso é importante ressaltar (Entrevista 15, pág. 52).

A disponibilidade de novas estratégias de controle, em conjunto com a observação feita em 1993 pela Força Tarefa Internacional para Erradicação de Doenças de que a filariose linfática seria uma das seis doenças infecciosas consideradas erradicáveis ou potencialmente erradicáveis, fez deste um momento ímpar para se propor e se iniciar programas de controle, com potencial de eliminação da doença nos países endêmicos (DREYER & COELHO, 1997).

Embora os métodos necessários para controlar/eliminar a filariose linfática estejam disponíveis, é necessário desenvolver e avaliar estratégias de implementações apropriadas, que deverão não só ser factíveis economicamente, mas também aceitas pelas comunidades e mantidas a longo prazo (DREYER & COELHO,1997).

A administração tem dado um apoio no sentido, para que o tratamento não pare, a gente faça busca do paciente ausente no tratamento (Entrevista 04, pág. 13).

A interrupção precoce das campanhas de controle tem sido a principal causa do fracasso no controle da filariose linfática, assim como de muitas outras doenças, principalmente as parasitárias (DREYER & COELHO, 1997).

Atualmente não se desenvolvem ações de controle de vetor, anteriormente não e até agora nada (Entrevista 04, pág. 16).

Para uma melhor otimização das intervenções e ações de controle faz-se necessário uma reavaliação técnica dos programas, em razão da especificidade das doenças, vetores, reprodução e transmissão. Nesse sentido é de interesse a busca de técnicas e modelos alternativos para uma melhor eficácia. Contudo, continua ainda hoje, a preponderância de marcos teóricos antigos, concernentes aos programas originais do passado (MACIEL et al, 1999).

Não pensávamos muito em estratégia, era pegar a equipe, jogar na rua como se houvesse uma produtividade, só quantidade, quantidade (Entrevista 04, pág. 14).

É necessário o estabelecimento de critérios técnicos baseados nos princípios fundamentais do SUS como a equidade para nortear as ações desenvolvidas no combate à doença no município.

Alguns avanços referentes às experiências no controle das endemias já foram conseguidos. Observa-se, entretanto, a necessidade de elaborar novas formas de abordar

tais programas, de forma que se permitam as mobilizações técnica, política e cultural capaz de gerar mudanças efetivas (MEDEIROS et al, 2003).

Novas áreas de atuação, postos de coletas, estão se definindo para abertura a partir de alguns critérios técnicos (Entrevista 01, pág.02).

Como a OMS sugere que o controle da filariose seja realizado integrado ao sistema de atenção primária à saúde, tanto municipal como estadual, já citado anteriormente, então o município teria o papel de execução, avaliação e supervisão e o papel do estado seria o de coordenar informações, efetuar a avaliação epidemiológica e garantir o apoio laboratorial às atividades de controle e vigilância (BRASIL, 1997).

No contexto do SUS, tratar a questão das endemias significa muito mais do que simplesmente buscar e viabilizar a transferência de serviços ou de ações de controle de uma esfera para outra (BRASIL, 1997).

Estamos tentando organizar, estamos tentando fazer agora um diagnóstico na área que havia sido escolhida para o tratamento em massa (Entrevista 01, pág. 01).

É necessário reformular e redimensionar as ações de saúde em relação à filariose linfática como processo e expressão coletivos dentro de uma comunidade endêmica, para isso, é preciso uma análise e intervenção de caráter interdisciplinar (MACIEL et al., 1999).

As pessoas envolvidas no programa elas têm interesse que as coisas dêem certo (Entrevista 07, pág. 26).

O presente estudo sugere a criação de um Serviço de Referência em Filariose e o tratamento dos pacientes também nos PSF's. Como o município ainda apresenta uma baixa cobertura de PACS/PSF, em torno de 27,5%, este serviço de referência atenderia aos indivíduos residentes em áreas não cobertas pelo programa. Associado a isto, é necessário a

criação da ficha de notificação/ investigação específica (anexo 4), assim como de formulário para encaminhamentos de referência e contra- referência (anexo 5).

6.2 Recursos Humanos e Materiais

Ao longo desses últimos anos, o sucateamento dos serviços públicos de saúde não se limitou às instalações físicas, equipamentos e defasagem tecnológica. Também os trabalhadores do setor saúde passaram por um processo de deterioração, pela ausência de investimento na sua formação e atualização, ao lado da inexistência de planos de carreiras, cargos e salários (POZ et al, 1992).

O município deverá buscar, através da educação continuada, a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos no programa da filariose, tendo como um dos instrumentos a realização de oficinas.

*Temos muitas dificuldades com transporte, recursos humanos e saneamento básico.
(Entrevista 12, pág.45).*

Os veículos utilizados pelas equipes para realização de busca passiva são da Diretoria de Epidemiologia. Sugere-se a aquisição de, no mínimo, 2 veículos para o programa da filariose, devendo os mesmos possuírem identificação para facilitar a visibilidade do programa pela população.

Apesar do “discurso oficial” apontar a questão dos recursos humanos como fundamental para a formulação do velho e a implantação do novo sistema de saúde, basta um olhar superficial sobre a realidade para constatar o oposto. Os baixos salários, a inexistência de planos de carreiras, a contratação sem parâmetros de lotação, a bipolaridade da força de trabalho em setor saúde são, dentre outros, sinais de baixa prioridade que os governos tem dado ao setor de RH (POZ et al, 1992). Essa política de recursos humanos foi e continua sendo um fator de entrave a projetos de qualificação pessoal no setor saúde.

A análise dos fatos que ocorrem no município deixa claro que não há apenas escassez de recursos financeiros, mas que esta se estende a capacidade organizativa das diversas secretarias.

As múltiplas jornadas, responsabilidades e a carga horária dos profissionais dificultam e reduzem a qualidade do trabalho e da atenção, sendo necessária uma mudança das condições de trabalho do profissional de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Uma preocupação dos responsáveis pela área de recursos humanos é o crescimento das saídas ou perdas de funcionários e a necessidade de suprir a ausência deles com novas admissões. A perda de profissionais experientes afeta o nível de cuidado prestado e aumenta o investimento necessário à admissão de um novo trabalhador (NOMURA & GAIDZINSKI, 2005).

Acho que a falta de integração com a assistência, só temos um profissional (médica) da assistência... isso atrapalha um pouco. (Entrevista 01, pág. 02).

A capacitação dos profissionais envolvidos no programa e das equipes de PSF deverá ser prioridade, objetivando a descentralização das ações de assistência com vistas a melhorar a resolutividade.

A proposta de trabalho em equipe tem sido apontada como uma das estratégias para o enfrentamento do processo de desarticulação das ações e dos saberes. Entende-se que por meio de uma prática comunicativa caracterizada pela busca de consensos, onde os profissionais podem argüir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum (PEDUZZI, 2001).

... .problema de estruturação de pessoal, de equipe (Entrevista 15, pág. 53).

O trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a

interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 2001).

Diante de tudo isso, segundo PEDUZZI (2001) é necessário que o setor saúde adote estratégias próprias para médio e longo prazo a fim de capacitar essa força de trabalho para o exercício de suas funções, bem como incentivar a integração dos agentes de diversas áreas profissionais.

6.3 Intrasetorialidade/Intersetorialidade

A intersectorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, com saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (FEVERWERKER & COSTA, 2000).

Em 1978 a intersectorialidade é definida pela Organização Mundial de Saúde, como uma estratégia para atingir Saúde para Todos no ano 2000. Nas duas últimas décadas o debate sobre a promoção da saúde enfatiza as propostas das cidades saudáveis, das políticas públicas saudáveis e da ação intersectorial.

...intersectorialidade também com a secretaria de meio-ambiente e controle urbano são essenciais para nós. (Entrevista 01, pág.03)

A carta de Ottawa definiu promoção da saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, adicionando a importância do impacto social, econômico, político e cultural, propondo estratégias intersectoriais como: estabelecer políticas públicas saudáveis, criar meios favoráveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver atitudes pessoais, reorientar os serviços de saúde (CERQUEIRA, 1997; NUTTBEAM, 1999 *apud* SPERANDIO).

... ela é fundamental, ela vai ser a mola propulsora de todo o processo porque a gente no setor saúde não vai conseguir nada se o setor administrativo e financeiro, a educação, se o município todo não se engajar de forma coletiva nesse processo. (Entrevista 15, pág. 56)

No Brasil, a relevância da ação intersetorial encontra eco no bojo da discussão dos modelos assistenciais, a estratégia de promoção da saúde e seu alcance intersetorial efetivo são compreendidos como motores de formulação de políticas públicas capazes de gerar qualidade de vida (PAIM *apud* NOBRE, 2003).

Acredito que seja um grau de importância muito grande... inclusive com o PSF atuando, talvez fosse o principal setor de abrangência da população. (Entrevista 03, pág.10)

A necessidade de ações intersetoriais também é apontada pelo conjunto da sociedade representada pelos delegados da 11ª Conferência Nacional de Saúde que defendem como primeiro ponto da agenda para efetivação do SUS. No capítulo da Organização da Atenção à saúde, Atenção Básica: Rede, PSF e PACS é expresso a necessidade de “implementar políticas intersetoriais de promoção da saúde por meio do conceito de municípios saudáveis” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

... não acho que essa intersetorialidade realmente exista. Acho que está faltando isso (Entrevista 08, pág 30).

A intersetorialidade tem sido definida como um “processo em que os objetivos, as estratégias e os recursos de cada setor se consideram segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores” (ANALISIS, 1992 *apud* TEIXEIRA & PAIM, 2002).

A intersetorialidade é importantíssima. (Entrevista 09, pág.33)

A saúde não é assegurada apenas pelo indivíduo, nem tampouco pelo setor saúde no seu senso restrito. Ao contrário, depende de um amplo leque de estratégias por meio de

ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais. A implementação de políticas saudáveis impõe uma agenda de gestão que implica ações intersetoriais (MOYSÈS, 2004).

É fundamental, acho que a gente não trabalha sozinho. (Entrevista 10, pág.37)

Há dificuldades apontadas que vêm sendo vivenciadas cotidianamente na gestão da saúde pela via da intersetorialidade. Uma questão central diz respeito à operacionalização dessas propostas de intersetorialidade. Diversos autores chamam a atenção para a importância de se construírem formas mais adequadas de se planejar, organizar, conduzir, gerir e avaliar tais intervenções, bem como sobre a “necessidade de coerência entre os propósitos definidos e métodos selecionados (TESTA *apud* NOBRE, 2003).

... existem empecilhos entre as diretorias. (Entrevista 13, pág. 48)

Segundo FEVERWERKER & COSTA (2000), para facilitar o processo é preciso desenvolver instrumentos de planejamento e avaliação de projetos intersetoriais e capacitar os diversos atores envolvidos no trabalho intersetorial, principalmente para o desenvolvimento de habilidades de articulação e negociação.

A integração é parcial entre as unidades de saúde e é necessário melhor comunicação. (Entrevista 12, pág 46)

O desafio da intersetorialidade consiste em identificar os objetivos comuns e perseguí-los mediante um núcleo estratégico de planejamento e definição de prioridades para as ações conjuntas (FERNANDES & NOBRE, 2002), de modo a inserir de fato a saúde nas macropolíticas ou nas políticas setoriais, dado que frequentemente o setor é colocado à margem das definições de diretrizes e prioridades nos planos de desenvolvimento (NOBRE, 2003).

Ainda não existe uma verdadeira integração entre estes setores..., talvez seja um problema de base generalizado no município. (Entrevista 05, pág. 21)

É preciso qualificar as práticas de ação intersetorial desenvolvendo um processo de planejamento e programação que se constitua em um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas (TEIXEIRA ; PAIM, 2002).

... enquanto não houver o sistema organizado a gente não vai ter essa ligação de unidades. (Entrevista 09, pág. 33)

A reorientação dos sistemas e serviços de saúde exige que se preste atenção a investigação sanitária, assim como as mudanças na educação e formação profissional. Duas idéias se apresentam fundamentais para essa reorientação: a intersetorialidade e o “empoderamento” definido como processo de auto-organização e de mútuo apoio, que reforçam a consciência política através de ações sociais e viabilizam uma participação coletiva nas decisões sociais e políticas (FIGUEIRÓ *apud* FREESE, 2004).

A intersetorialidade na verdade é essencial. (Entrevista 01, pág.0 3)

6.4 Comunicação

A efetivação das proposições ético-políticas depende fundamentalmente de um amplo conhecimento por parte da população, tanto em termos de visibilidade pública quanto de informações e conhecimentos que permitam a ela reconfigurar seu entendimento sobre a saúde pública brasileira, o que envolve necessariamente, processos comunicacionais (OLIVEIRA, 2000).

A divulgação do programa de filariose é importante. (Entrevista 18, pág. 67)

A informação em saúde é um insumo fundamental para o aperfeiçoamento das lutas do setor, mas não tem sido usada para o planejamento, programação, gestão e avaliação do Sistema, seus serviços e atividades. Assim, as reais necessidades em saúde são desconhecidas, são frequentes os problemas de dimensionamento das ofertas em saúde (para mais ou para menos) e as ações são fragmentadas, o que repercute na má qualidade da assistência e nas dificuldades de acesso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Particularmente no município de Jabotão dos Guararapes a carência de informação adequada em relação à saúde da população leva a secretaria de saúde a assumir um enfoque que em alguns momentos se apóia sobre a demanda e em outros define uma oferta à margem de qualquer outra consideração.

A união de recursos de áudio e imagens em movimento demonstrou ser um recurso de comunicação de grande potencial, podendo ser utilizado como um veículo educacional devido à sua versatilidade e à facilidade de alcance (PROFAE, 2002).

Graças à comunicação da mídia o termo SUS hoje está incorporado ao vocabulário da população como uma referência concreta para a resolução de problemas cotidianos ligados à saúde, as formas de apreensão política ,do significado SUS tem haver com os processos comunicacionais desenvolvidos (OLIVEIRA, 2000).

É necessário melhor comunicação. (Entrevista 12, pág. 46)

Segundo SILVA & MARINHO (1996), é preciso estabelecer o que se considera socialização da informação, onde essa socialização é entendida não somente como a tradução da informação para o público em geral, mas principalmente como a construção, tratamento e divulgação de informações de diferentes tipos em parceria, ou seja, a partir da definição conjunta por parte de produtores e usuários.

A população é carente, a demanda é muito grande e se precisa de muito mais divulgação do que está sendo feito..., da doença, da demanda da doença, do transmissor e de saneamento básico. (Entrevista 14, pág. 49)

RICE & CANDEIAS *apud* ALVES (2005), falam que a disseminação de informação de saúde, particularmente por meio de campanhas e veiculadas pelos meios de comunicação em massa tem um efeito temporário de estratégia em relação a mudança de hábitos e condutas, as autoras afirmam que a população não muda de comportamento em definitivo, mas apenas reage a um estímulo temporário. Segundo ANDRADE Jr. (2004), devem ser desenvolvidos programas que visem à educação e não o simples treinamento, apenas o fornecimento da informação sobre saúde não é suficiente. É necessário o favorecimento da dimensão social transformadora e questionadora, destacando a participação e o controle social como fundamentais para implementar a consolidação das ações.

6.5 Educação

Educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção das doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (COSTA; LOPEZ *apud* ALVES, 2005).

Educação em saúde é fundamental , ... trabalhar em parceria com o setor educacional nas escolas. (Entrevista 09, pág. 32)

Esta educação, entendida como processo, visa capacitar os indivíduos a agir conscientemente diante da realidade cotidiana, com aproveitamento de experiências anteriores, formais e informais, tendo sempre em vista a integração, continuidade,

democratização do conhecimento e o progresso no âmbito social. Visa também a autocapacitação dos vários grupos sociais para lidar com problemas fundamentais da vida, tais como nutrição, desenvolvimento biopsicológico, reprodução, tudo isso no contexto de uma sociedade dinâmica (BEZERRA et al. *apud* LIMA et al., 2000).

A realização de oficinas é excelente. A capacitação é o caminho para conseguirmos novas idéias, e conhecimento para modelos utilizados em outros Municípios. (Entrevista 02, pág. 07)

A crescente globalização tem promovido modificações econômicas, políticas e culturais em diversos setores da atividade humana. Tal situação de interdependência tem favorecido a discussão de temas de interesse mundial, como a educação ambiental e a educação em saúde (ANDRADE Jr, 2004).

No âmbito do controle do vetor e a questão ambiental, a gente não tem feito quase nada, a gente tem trabalhado a questão da hemoscopia.. (Entrevista 06, pág. 23)

A educação ambiental é definida como um processo no qual incorporamos critérios sócio-ambientais, ecológicos éticos e estéticos nos objetivos didáticos da educação, com o objetivo de construir novas formas de pensar incluindo a compreensão da complexidade e das emergências e inter-relações entre os diversos subsistemas que compõem a realidade, sendo assim, tanto a educação ambiental como a educação em saúde tem por objetivo comum a melhoria da qualidade de vida (LEFF *apud* ANDRADE Jr., 2004).

A educação em saúde de forma geral focaliza, o encorajamento das pessoas para que adotem e mantenham padrões de vida saudáveis, usando de forma adequada os serviços colocados à sua disposição e tomando suas próprias decisões, no nível individual e coletivo, com vistas a aprimorar condições de saúde e de meio ambiente (VASCONCELOS *apud* ANDRADE Jr., 2004).

Um serviço de conscientização da doença é importante, hoje ainda estamos meio devagar. (Entrevista 04, pág.15)

Ao se falar em educação, tanto em relação ao ambiente quanto em relação à saúde, há a constatação de que as medidas preventivas e inovações na forma de pesquisar devem ser enfatizadas em detrimento das medidas corretivas. A ampla participação de todos os segmentos da sociedade se faz necessária. (NAVARRO et al. *apud* ANDRADE Jr.).

De acordo com MOHR & SCHALL (1992), há uma nova articulação entre educação e saúde, onde em paralelo à causalidade biológica, são consideradas as condições de vida e trabalho como fatores predisponentes essenciais. As particularidades cultural e ambiental de cada comunidade exigem que todas as ações partam de tal especificidade e que a levem em consideração estrita. Campanhas de caráter nacional que desconsideram particularidades regionais de nomenclatura atribuídas a vetores de doenças, por exemplo, ou ainda hábitos culturais e sociais distintos, de populações geograficamente próximas, estão fadados ao insucesso.

A educação ambiental e educação em saúde assumem caráter muito mais amplo do que mera aquisição de conhecimentos, passando a ser um momento de reflexão e questionamento das condições de vida, suas causas e conseqüências, e se tornando um instrumento para a construção e consolidação da cidadania. São de fundamental importância para as atividades desenvolvidas fora do contexto escolar, em associações de moradores, clube de mães, postos de saúde e etc. (MOHR & SCHALL, 1992)

Não sei como é que está atualmente as campanhas educativas com a população... não tenho percebido atuação nos PSF's. (Entrevista 10, pág. 35)

O modelo hegemônico de educação em saúde, em sua essência é divergente do princípio da integralidade (ALVES, 2005).

É necessária a reeducação do povo (Entrevista 13, pg.47)

6.6 Decisão Política

De acordo com NOVAES *apud* FREESE (2004), a avaliação para decisão é uma das categorias de avaliação em saúde onde há a produção de respostas para perguntas colocadas pelos atores envolvidos com o objeto avaliado e seus resultados efetivamente usados para tomada de decisões. Os propósitos da avaliação são para além de melhor permitir um julgamento de valor, também garantir a implementação prática das políticas ou do funcionamento dos serviços.

Acima de tudo existe uma questão de vontade política , ... o fator político é determinante, é o fator. (Entrevista 15, pág. 53)

A tarefa do setor saúde não está mais dirigida somente para a construção de um sistema de boa qualidade com acesso universal e com integralidade, capaz de atuar na promoção, proteção e recuperação, mas amplia-se na direção de um papel articulador e integrador com outros setores também determinantes das condições de vida e de saúde (BOGUS, 2002).

Adquirimos o Município sem metas, sem prioridades, sem nenhuma programação ... (Entrevista 11 pág. 39)

Talvez a questão técnica de saúde seja o menor dos problemas do município e os obstáculos mais complexos, ao que parece, são os financeiros e, acima de tudo, organizativos e políticos.

A participação social tem sido uma estratégia de “empoderamento”, criando oportunidades de educação para cidadania, socialização de informações, envolvimento no diagnóstico e na tomada de decisões e execução de projetos sociais, resultando no compartilhamento de responsabilidades na gestão (MOYSÉS, 2004).

A oficina é o espaço mais democrático que a sociedade tem de começar a discutir...
(Entrevista 11, pág. 44)

Não basta apenas delegar à sociedade civil a responsabilidade das ações de saúde é preciso o investimento público, com uma ação consistente e estruturada na afirmação de responsabilidades do poder público, com decisões políticas coerentes com a necessidade da população (MOYSÉS, 2004).

É necessário um incentivo financeiro, um incentivo de melhores condições de trabalho para os agentes e supervisores do Programa de Filariose.. (Entrevista 05, pág. 20)

Segundo FLEURY (1997), as fronteiras que separam o Estado do cidadão devem ser rompidas, produzindo resultados concretos na qualidade de vida dos excluídos ao criar um novo espaço público para decisões de alcance imediato.

BAVA *apud* FLEURY (1997), defende que é possível enfrentar problemas locais e implementar políticas sociais que visem melhoria da qualidade de vida através de formas criativas e de experiências inovadoras, com a participação da população na gestão municipal, obtendo-se resultados espetaculares a curtos prazos, significam no plano dos serviços públicos trazer mais perto da sociedade civil os espaços de decisão sobre as políticas públicas, o que gera níveis de eficiência superiores aos do passado.

Numa oficina, os profissionais saberiam as dificuldades uns dos outros.
(Entrevista 06, pág. 25)

Ainda segundo BAVA *apud* FLEURY (1997), não só se reconhece a capacidade da população de tomar decisões políticas e torná-las práticas sociais efetivas, mas vai-se além, atribuindo às prefeituras a responsabilidade de estimular esse tipo de participação e contribuir para o florescimento de uma nova cultura política, o que faz com que haja a necessidade de imprimir transparência às ações do governo, criar mecanismos que

permitam o acesso da população às informações, promover iniciativas que estimulem a organização popular e possibilitem o acompanhamento, a fiscalização dos projetos governamentais, além de criar espaços públicos plurais de formulação, negociação e decisão das políticas municipais.

As propostas em pauta são sugestões que deverão ser submetidas a ampla discussão através de oficinas de planejamento estratégico, envolvendo técnicos do setor saúde e de outras secretarias municipais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por cerca de seis décadas, campanhas e programas de combate a filariose foram estruturadas de forma centralizadoras, baseadas no modelo verticalizado, mas, em 1996, apresenta-se uma nova proposta sugerida pelo Plano Nacional de Eliminação da Filariose linfática, baseando-se na proposta da Organização Mundial de Saúde – OMS, que considera a filariose como uma das seis doenças potencialmente erradicáveis.

Atualmente os municípios se vêem com a responsabilidade de eliminar esta doença, ainda endêmica, em algumas regiões do país. Experiências bem sucedidas, como a de Belém, onde o último caso positivo foi diagnosticado em 2001, fortalecendo a idéia de interrupção da transmissão da bancroftose no município; e o exemplo de Alagoas, que através de um trabalho epidemiológico contínuo, a partir de 1990, conseguiu reduzir a prevalência de 5,4% (1995) para 0,1% (2002), demonstram a possibilidade de alcançar o objetivo da OMS de erradicar a filariose até 2020.

As estratégias de controle da filariose linfática, preconizadas pela OMS, consistem em dois objetivos fundamentais: redução da transmissão e da morbidade, progressivamente, até se alcançar a interrupção da transmissão. As medidas utilizadas para a consecução de tais objetivos concentram-se no tratamento do hospedeiro humano, visando reduzir a microfilaremia, e na diminuição do contato do homem com o vetor, através da redução da densidade populacional dos insetos.

É necessária uma intensificação das ações do Programa de Controle da Filariose, iniciando a vigilância e controle de fatores de risco biológicos relacionados aos vetores, bem como tratamento coletivo em áreas de maior endemicidade. A ampliação dos postos de coleta ativa e passiva são requisitos essenciais para detecção e possível controle da endemicidade no município, baseado em dados epidemiológicos.

A criação do Serviço de Referência de Filariose dentro do município, e a responsabilização aos médicos do PSF pelo tratamento desta endemia, facilitaria muito o acesso ao tratamento e acompanhamento desta doença. Associado a este serviço é necessária a criação de ficha de notificação/ investigação específica e descrição detalhada dos fluxos de referência e contra-referência.

O volume de informações apresentadas ao longo deste estudo nos permite verificar da pertinência da questão colocada na problematização deste trabalho, haja visto que as medidas de combate a filariose no município de Jaboatão dos Guararapes se apresentam insuficientes e ineficazes. A análise dos dados coletados evidencia a urgência da necessidade de reorientação das medidas de controle da endemia no município, com ênfase as ações de vigilância e controle do vetor, as quais são inexistentes.

A interrupção da transmissão só será possível através de combinações de vários métodos, envolvendo a participação da comunidade nas ações de controle vetorial e sobretudo através de sólidos investimentos em infra-estrutura sanitária, bem como a vontade política em realizar, ininterruptamente, ações de controle.

Ao grupo de profissionais de saúde que trabalham no controle da filariose é necessário o desenvolvimento de técnicas de trabalho que incentivem a motivação das mesmas, e medidas básicas de melhoria nas condições de trabalho como adequações no laboratório, no número de transportes e condições adequadas para garantir a segurança dos mesmos nos postos de coleta passiva no período noturno.

O desenvolvimento de mecanismos técnicos como o planejamento estratégico deve ser estabelecido como prioridade da gestão para que a intra e intersectorialidade sejam evidentes e fortalecidas. A promoção de oficinas para construção, responsabilização e fortalecimento das ações, assim como incentivo das ações de educação em saúde sobre a filariose, promovido pela vigilância junto à assistência nas unidades de saúde, escolas, centros comunitários. A divulgação dos serviços oferecidos devem ser constantes e

representados através de materiais impressos, faixas, divulgação nas rádios comunitárias e por meio de vídeos informativos sobre a filariose.

O investimento na área de saúde deve ser prioridade de qualquer governo voltado para o social. O enfrentamento das mais diversas endemias como a filariose deve ser compromisso dos gestores e governantes que ainda tenham a filariose como endemia, devendo, por conseguinte, ser incluído na agenda dos mesmos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M. F .P .M. Urbanização, favelas e endemias: a produção da filariose no Recife, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 487-497, 1993.

ALBUQUERQUE, M. F. P. M.; MORAIS, M. H. Decentralization of endemic disease control: an intervention model for combating bancroftian filariasis. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.1, n.2., p.155-163, 1997.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, set.2004/fev. 2005.

ANDRADE Jr., H. A.; SOUZA, M. A. ; BROCHIER, J. I. Representação social da educação ambiental e da educação em saúde em universitários. **Psicologia Reflexão Crítica**. ,Porto Alegre v.17 n1. 2004.

BÓGUS, C. M. A promoção da saúde e a pesquisa avaliativa. In: Villela W.; Kalckmann S.; Pessoto U.C. **Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa**. São Paulo: 2002 Instituto de Saúde, p. 49-53.

BONFIM, C.V. **Filariose bancroftiana: a representação espacial das desigualdades sociais**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2002.

BONFIM, C. et al. Situação da filariose bancroftiana na Região Metropolitana do Recife: estudo em uma área endêmica no Município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1497-1505, set/out, 2003.

BRAGA, C.; ALBUQUERQUE, M. F. P. M. ; MORAIS, H. M. A produção do conhecimento científico e as políticas de saúde pública: reflexões a partir da ocorrência da filariose na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2 , Rio de Janeiro, mar/abr, 2004.

BRAGA, C. et al. Avaliação de indicador sócio-ambiental utilizado no rastreamento de áreas de transmissão de filariose linfática em espaços urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.5, p.1211-1218, set/out, 2001.

BRAGA, C. ; ALBUQUERQUE, M. F. M.; MORAIS, H. M. A produção do conhecimento científico e as políticas de saúde pública: reflexões a partir da ocorrência da filariose na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 351-361, mar/abr, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. **O controle das endemias no Brasil (de 1979 a 1984)**. Brasília, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. O programa de eliminação da filariose bancroftiana nas Américas. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, p. 1-12, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reunião de avaliação do programa de controle da filariose linfática no Brasil**. Brasília: Centro Nacional de Epidemiologia, 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde- efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social**, Brasília-DF, 15 a 19 de dezembro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

COUTINHO, A.; MEDEIROS, Z.; DREYER, G. História da Filariose Linfática em Pernambuco. Aspectos Epidemiológicos e de Controle. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.29, n.6, p. 607-612, 1996.

DREYER, G. Filariasis Programme - Recife – Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 82, supl. 4, p. 359-360, 1987.

DREYER, G.; COUTINHO, A.; ALBUQUERQUE, R. Manifestações clínicas da filariose linfática bancroftiana. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 189-196, 1989.

DREYER, G.; MEDEIROS, Z. Filariose linfática: ainda um desafio. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 68, p. 6-7, 1990.

DREYER, G. Diagnóstico parasitológico da filariose bancroftiana. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 4, p. 162-168, 1994.

DREYER, G. et al. Studies on the periodicity and intravascular distribution of *Wuchereria bancrofti* microfilariae in paired samples of capillary and venous blood from Recife, Brazil. **Tropical Medicine and International Health**, Oxford, v. 1, n.2, p. 264-272, 1996.

DREYER, G.; NORÕES, J. Filariose bancroftiana In: LUCENA, V. G. et al. (Coord.) **Condutas em clínica médica**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 1997, p. 399-421.

DREYER, G. ; COELHO, G. Filariose linfática: doença potencialmente eliminável. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 537-543, 1997.

DREYER, G. ; DREYER, P. Bases para o tratamento da morbidade em áreas endêmicas de filariose bancroftiana. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 33, n.2, p. 217-221, 2000.

DREYER, G.; NORÕES, J. Filariose bancroftiana. In: SIQUEIRA BATISTA, R. et al. (Ed.) **Medicina Tropical** – abordagem atual das doenças infecciosas e parasitárias, v.1 Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2001. cap. 30, p. 291-312.

FALCÃO, A. A. P. **Filariose bancroftiana**: conhecimentos e práticas. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2002.

FONTES, G. Filariídea: *Wuchereria bancrofti* – filariose linfática. In: NEVES, D. P. **Parasitologia Humana**. 9, ed. Rio de Janeiro: Atheneu,. 1995, p. 317-327.

FERNANDES, R. C. P. ; NOBRE L. C. C. Vigilância de ambientes e processos de trabalho. In: NOBRE, L. et al. (Coord). **Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância da saúde do trabalhador**.(3 ed. ver. amp.) Salvador: CESAT/SESAB, 2002.

FEVERWERKER, L. ; COSTA, H. Intersetorialidade na rede unida. **Divulgação em Saúde para Debate**. n. 22, p. 25-35, 2000.

FLEURY, S. et al. Municipalização da Saúde e poder local no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 31, n. 5, set/dez, 1997.

FRANCO, O. ; LIMA, D. H. Alguns aspectos das atividades contra a filariose bancroftiana no Brasil. **Revista Brasileira Malariologia e Doenças Tropicais**, São Paulo, n.19, p. 73-89, 1967.

FREESE, E. (Org). A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde. **Municípios : A gestão da mudança em saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Contagem Populacional 2000. Rio de Janeiro, 2000.

LIMA, R.T. et al. Educação em saúde e nutrição em João Pessoa, Paraíba. **Revista de Nutrição**, Campinas,v.13, n.1, jan/abr, 2000.

MACIEL, M. A. V. et al. Estudo comparativo de áreas endêmicas de filariose bancroftiana na Região Metropolitana do Recife, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 2, p. 301-309,1994.

MACIEL, A. et al. Epidemiological study of bancroftian filariasis in Recife, Northeastern Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v.91, n.4, p. 449-455, 1996.

MACIEL, A.; FURTADO, A. F ; MARZOCH, K. B. F. Perspectivas da municipalização do controle da filariose linfática na região metropolitana do Recife. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, 1999.

MEDEIROS, Z. et al. *Wuchereria bancrofti* microfilarial density of autochthonous cases and natural Culex infectivity rates in Northeast Brazil. **Journal of Tropical Medicine and Hygiene**,v.95, p. 214-217, 1992.

MEDEIROS, Z. *et al.* Screening of army soldiers for *Wuchereria bancrofti* infection in the region of metropolitan Recife and Brazil: implications for epidemiological surveillance. **Tropical Medicine and International Health**, Oxford, v. 4, n. 7, p. 45-51, 1999.

MEDEIROS, Z. et al. Controle da filariose linfática no Brasil, 1951-2000. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** : Revista do SUS do Brasil, v.12, n.2, abr/jun , 2003.

MEDEIROS, Z. et al. A filariose bancroftiana no município de Moreno-PE, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.7, n.1, 2004.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T. ; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas na promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 3, jul/set, 2004.

[SciELO]

MOHR, A. ; SCHALL V. T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, abr/jun , 1992.

BRASIL (Ministério da Saúde). **Descentralização do controle de endemias**. Brasília, 1994.

MOTT, K. E. et al. Parasitic diseases and urban development. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v. 68, n. 6, p. 691-698, 1990.

NOBRE, C. C. L. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, 2003.

NOMURA, F. H. ; GAIDZINSKI, R. R. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital escola. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 5, set/out, 2005.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. **Interface comunicação, saúde, educação**, v.4, n.7, p 71-80, 2000.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n. 1, fev, 2001.

PERNAMBUCO. SECRETARIA DE SAÚDE **Proposta de intervenção sobre a filariose linfática em Pernambuco**. Recife, 1996.

POZ, M. R. D. et al. Formação de recursos humanos de nível médio em saúde no Rio de Janeiro: a experiência da Escola Técnica em Saúde Enfermeira Isabel dos Santos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, jan/mar, 1992.

PROFAE. Educação Profissional em Saúde e Cidadania. Ministério da Saúde, 2002. Ed. MS.

RACHOU, R. Distribuição geográfica das filaríoses humanas no Brasil. **Revista Brasileira Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 79-100,1997.

REGIS, L. *et al.* Controle integrado do vetor da filariose com participação comunitária em uma área urbana do Recife, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 473-482, out/dez, 1996.

REY, L. *Wuchereria bancrofti e filariose linfática*. In:_____ **Parasitologia**. 2. ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro,1991, p. 542-552.

SILVA J. G ; MARINHO Jr. I. B. M. Socialização da informação:aportes da teoria da ação comunicativa. **Ciência de informação**, v.25, n.3, 1996.

SPERÂNDIO, A. M. G. et al . Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis – São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, jul/set, 2004.

SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA. **Controle de endemias em 1983**. Brasília: Sucam, 1983.

SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA. Diretoria Regional de Pernambuco. **Programa de Controle da Filariose**. Relatório Anual. Recife: Sucam, 1989.

TEIXEIRA,C. F. ; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. In: TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILAS BOAS, A. L. (Org.) 2002. **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: Ed. Cooptec / ISC.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 39-57, 1998.

VIEIRA, J. B. F.; COELHO, G. E. Filariose: aspctos epidemiológicos e de controle. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 31, supl. 2, p. 79-83, 1998.

VIEIRA, S. **Bioestatística: Tópicos avançados**. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of control of Tropical Diseases. Report of a consultative meeting held at the Universiti Sains Malaysia Penang **Lymphatic filariasis infection & disease: control strategies**. Malaysia, 1994.

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que concordamos em receber 04 alunas do Curso de Especialização em Saúde Pública e Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), facultando-lhes o acesso a registros e documentos arquivados na Diretoria Geral de Saúde (DGS) e Diretoria Geral de Epidemiologia e Vigilância à Saúde (DGEVS), assim como autorização para realização de entrevistas com gerentes e técnicos que possuem interface com o controle da Filariose Bancroftiana, de acordo com a Resolução CONEP – 196/96, para que, sob a orientação dos Professores Adriano Cavalcanti Sampaio e Ana Maria Aguiar dos Santos, possam levantar dados para a pesquisa intitulada: **“Proposta de Reestruturação do Sistema Municipal de Controle da Filariose Bancroftiana em Jaboatão dos Guararapes-PE”**.

Jaboatão, 16 de setembro de 2005.

Secretário de Saúde
Jaboatão dos Guararapes



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____, fui plenamente informado acerca da natureza deste trabalho, assim como seus objetivos, métodos, benefícios e potenciais de risco; sendo esclarecido ainda, nesta ocasião, que o seu desenvolvimento respeitará todos os parâmetros bioéticos da resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS). Após a obtenção dessas informações dou meu consentimento voluntário para participar do trabalho **“PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE CONTROLE DA FILARIOSE BANCROFTIANA EM JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE”**, o qual não trará nenhum risco à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer de suas fases de execução. Possuo total autonomia para retirar meu nome quando achar conveniente, tendo a garantia dos pesquisadores que minha identidade será mantida em absoluto sigilo e que os dados obtidos serão utilizados unicamente para fins de pesquisa científica.

(Pesquisador Responsável¹)

(Participante voluntário)

(Testemunha)

Jaboatão, _____ de _____ de 200_.

¹ Contatos: 92038592, 91697068, 91373439, 99892545

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GERENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Entrevista n°.: _____

Nome do entrevistador: _____

Nome do entrevistado: _____

Data da entrevista: _____

Cargo do entrevistado: _____

- 1) Como você tem percebido o controle da Filariose no município de Jaboatão dos Guararapes?
- 2) A seu ver, quais os problemas enfrentados pelo município na sua estratégia de controle da doença?
- 3) No seu âmbito de atuação, que tipo de estratégia tem sido utilizada para o enfrentamento desta endemia?
- 4) Em sua opinião, que ações viáveis poderiam ser realizadas para diminuir a prevalência da doença no município?
- 5) Qual grau de importância você atribui a intersetorialidade e se ela realmente existe entre as unidades de saúde que têm interface com o controle da filariose no município?
- 6) Qual a sua opinião a respeito da realização de oficinas que proporcionassem o debate e a busca de soluções para os problemas identificados?
- 7) Você participaria dessas oficinas, caso fosse convidado?

PROTOCOLO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE DE REFERÊNCIA		
SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE FILARIOSE HOSPITAL GERAL DE PRAZERES	Nº PRONTUÁRIO	
NOME	DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE		
ENDEREÇO	TELEFONE	
UNIDADE DE REFERÊNCIA		
RESULTADO DO EXAME	MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
OBSERVAÇÕES		
MUNICÍPIO	DATA ___/___/___	ASSINATURA CARIMBO

FICHA DE RETORNO (CONTRA-REFERÊNCIA)		
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	Nº DO PRONTUÁRIO	
NOME	DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE		
PROCEDIMENTO REALIZADO		
RESULTADO DO EXAME (SE EXISTIR)		
PRÓXIMA CONSULTA/LOCAL	DATA ___/___/___	
OBSERVAÇÕES/CONDUTA A SEGUIR		
MUNICÍPIO	DATA ___/___/___	ASSINATURA/CARIMBO

