

Avaliação das ações de controle da esquistossomose na Estratégia de Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais

Evaluation of schistosomiasis control activities in the Family Health Strategy in municipalities in the Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil

Humberto Ferreira de Oliveira Quites^{1,II}, Mery Natali Silva Abreu^I,
Leonardo Ferreira Matoso^{II,III}, Andrea Gazzinelli^{I,II}

RESUMO: Estudo observacional que analisa a qualidade das ações de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose na Estratégia Saúde da Família (ESF) em área endêmica. Foram utilizados questionários estruturados em 97 profissionais de saúde da ESF e em secretários municipais de saúde de 25 municípios pertencentes à Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul, Minas Gerais. Foram utilizados os Modelos de Variáveis Latentes para definir um escore a fim de avaliar a qualidade da proposta. Os resultados mostraram que 57,8% das equipes da ESF realizam suas ações de maneira insatisfatória ou crítica. Os profissionais não realizam ações efetivas para controle da infecção e 8,1% não utilizam o método diagnóstico preconizado pelo governo. As estratégias de vigilância e controle ainda são incipientes. Da mesma forma, os profissionais não receberam treinamento adequado para o desenvolvimento das ações de prevenção e controle da esquistossomose. Falta material educativo para o desempenho das atividades de educação em saúde, sendo que as equipes da ESF realizam atividades educativas nas escolas em 48% dos municípios. Menos da metade dos profissionais entrevistados conhecia o Programa de Controle da Esquistossomose (PCE). É necessário integrar as práticas do PCE à ESF, além de buscar um adequado suporte da gestão municipal por meio de pactuações e do controle social.

Palavras-chave: Esquistossomose mansoni. Controle de doenças transmissíveis. Saúde pública. Estratégia Saúde da Família. Administração de serviços de saúde. Doenças negligenciadas.

^IEscola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{II}Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Doenças Tropicais, Brasil.

^{III}Centro de Pesquisa René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autor correspondente: Andrea Gazzinelli. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Alfredo Balena, 190, CEP: 30130-100, Belo Horizonte (MG), Brasil. Email: andreag@enf.ufmg.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Doenças Tropicais (INCT-DT), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

ABSTRACT: Observational study that examined the quality of the preventive actions for schistosomiasis control in the Brazilian Family Health Strategy (FHS) in an endemic area. Structured questionnaires were used to interview 97 health professionals of the FHS and the Secretary of Health of 25 municipalities belonging to the State Health Department of Pedra Azul, Minas Gerais, Brazil. Models of latent variables were used to define a score to evaluate the quality of the process. The results showed that 57.8% of the FHS teams' actions were unsatisfactory or critical. The professionals did not perform effective activities for the control of the infection and 8.1% did not use the diagnostic methods required by the government. Similarly, the professionals did not receive adequate training for the development of schistosomiasis prevention and control. There was a lack of educational materials to carry out health education activities, and the FHS teams conducted educational activities in only 48% of the schools of municipalities. Less than half of the professionals interviewed knew about the Schistosomiasis Control Program. We concluded that it is necessary to integrate this Program's practices to the FHS, and seek a suitable support of municipal management through pacts and social control.

Keywords: Schistosomiasis mansoni. Communicable disease control. Public health. Family Health Strategy. Health services administration. Neglected diseases.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a esquistossomose mansônica é considerada um importante problema de saúde pública acometendo de 3 a 6 milhões de indivíduos e 25 milhões em risco de contrair a doença¹. Atinge 19 unidades federativas, sendo que aproximadamente 99% dos casos estão concentrados nas regiões Nordeste e Sudeste². Em Minas Gerais há aproximadamente 10 milhões de pessoas vivendo em áreas endêmicas, sendo que em 523 (61%) dos 853 municípios há transmissão ativa da esquistossomose^{1,3,4}.

Desde a década de 1980, o Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) desenvolve inquéritos coproscópicos e outras ações com recursos do governo federal com intuito de controlar a doença em todo o país⁵. A partir de 1998, os municípios passaram a ser responsáveis pelas atividades de vigilância e controle da infecção em toda a sua área de abrangência. Para tal, deveriam dispor de uma estrutura capaz de proporcionar o desenvolvimento dessas ações de forma integrada, contemplando ações de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e de controle da doença, além de realizarem um diagnóstico integral da situação da saúde-doença municipal³.

Atualmente, o Ministério da Saúde propõe tratar as comunidades pertencentes às áreas de maior risco, buscando reduzir a transmissão da infecção e suas possíveis complicações e intensificar a busca de melhorias nas condições de saneamento⁶. Em nível estadual, o PCE é responsável por capacitar e dar suporte aos municípios nas ações que envolvem o diagnóstico e tratamento da infecção, além de identificar focos de moluscos vetores. É competência ainda deste programa, incentivar as ações de controle, a mobilização social, a educação em saúde e a inserção dos dados gerados no sistema de informação correspondente^{6,7}. Outra importante

recomendação é a realização das atividades de vigilância e de controle da esquistossomose nos municípios mediante a incorporação das ações do PCE às desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde (APS), realizadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF)³. Estudos apontam que os sistemas orientados pela APS apresentam resultados positivos em relação à provisão de melhores cuidados em saúde para suas populações, tanto no que se refere ao alcance de maior eficiência e equidade, quanto em relação à continuidade da atenção e satisfação dos seus usuários^{8,9}.

Apesar de todos os esforços, ainda existem dificuldades na execução das ações direcionadas ao controle da esquistossomose nos serviços de saúde diante da precariedade de funcionamento dos serviços públicos de APS não só em alguns países endêmicos¹⁰ como também no Brasil¹¹. No caso da esquistossomose, a complexidade do mecanismo de transmissão e a diversidade dos fatores condicionantes dificultam o seu controle pelos serviços de saúde^{12,13}. Em áreas endêmicas, o caráter assintomático da doença pode acarretar uma evolução silenciosa com consequências importantes para o indivíduo e até mesmo a instalação das formas graves. Portanto, é essencial que haja um monitoramento constante da infecção^{1,2}. São raros os pacientes com esquistossomose aguda em área endêmica e, ainda assim, é provável que esses casos estejam sendo negligenciados, mal diagnosticados, subestimados e subnotificados ao longo dos anos¹³. Todo esse contexto se agrava associado à falta de planejamento e definição de prioridades nas ações em saúde municipais, o que gera dificuldades no controle dessa infecção^{7,14}.

Sabe-se que os serviços de APS devem incluir o diagnóstico e o tratamento da esquistossomose em área endêmica e seu sucesso é determinado pela cobertura da população alvo, bem como sua taxa de cura, dependendo sempre dos recursos humanos envolvidos nesse processo, da sensibilização e do envolvimento da comunidade^{11,14}. Nesse contexto, considerando a esquistossomose como um problema de saúde pública em Minas Gerais e os recorrentes problemas para controlar a infecção em áreas endêmicas, as dificuldades em estabelecer um padrão sanitário adequado nessas áreas, as limitações nas ações desenvolvidas pelo PCE e a necessidade de entender mais sobre a abordagem dada a essa doença pela APS, este estudo teve como objetivo analisar a qualidade das ações de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose nos municípios pertencentes a uma área endêmica em Minas Gerais.

MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO E PARTICIPANTES

Este é um estudo avaliativo, com delineamento observacional do tipo transversal realizado com secretários e profissionais de saúde de todos os 25 municípios pertencentes à Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul, área endêmica para esquistossomose, localizada no nordeste do estado de Minas Gerais. Estes são municípios de pequeno porte, com uma população que varia de 4.656 a 24.131 habitantes e com um Índice de Desenvolvimento

Humano (IDH) médio de 0,6332¹⁵. Cada localidade recebeu um número de identificação para preservar a identidade. Participaram do estudo 97 representantes da equipe de ESF, médico ou enfermeiro, de um total de 103 profissionais e 25 secretários de saúde.

INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS

Os dados foram coletados em 2012, por meio de questionários estruturados, desenvolvidos com base na literatura e na experiência dos pesquisadores que realizam atividades de pesquisa na região há mais de uma década. Foi realizado teste piloto para adequação dos instrumentos. A finalidade do questionário dos profissionais de saúde foi obter informações sobre as práticas de controle e vigilância relacionadas a esquistossomose desenvolvidas na APS, além de aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento da doença. O questionário dos gestores de saúde teve como objetivo obter informações relacionadas ao controle e vigilância da esquistossomose, infraestrutura dos serviços, financiamento do PCE, estratégias de controle da esquistossomose do município, fatores dificultadores e facilitadores da operacionalização dessas ações, capacitação e educação permanente dos profissionais envolvidos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, CAAE – 0640.0.203.000-11 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente foi realizada análise descritiva para apresentação das informações obtidas sendo calculadas as médias e a distribuição de frequências de acordo com o caráter das variáveis pesquisadas. Para avaliar a qualidade da assistência relacionada ao diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose pela ESF na APS foi realizada a análise de Modelos de Variáveis Latentes (MVL)¹⁶. A escala de valores utilizada para a avaliação desse construto foi produzida considerando as atividades necessárias para o desenvolvimento das ações desenvolvidas na APS. As variáveis foram devidamente avaliadas quanto a sua correlação e ajuste. São estas:

- materiais e equipamentos para a realização de atividades básicas de controle da doença;
- realização de reuniões e palestras comunitárias para desenvolver ações de educação em saúde na APS;
- solicitação de exame parasitológico de fezes (EPF) de rotina para todos os pacientes;
- solicitação de EPF em casos estratégicos como grupos de risco e pós- tratamento com Praziquantel (PZQ) para verificar eficácia;
- utilização do formulário PCE-108 na notificação dos casos positivos;
- utilização do método Kato-Katz para o EPF;
- realização do tratamento adequado pelo profissional;

- aquisição de PZQ em setor de saúde municipal;
- realização do tratamento em setor de saúde municipal;
- recebimento de material explicativo sobre as atividades do PCE;
- parceria nas ações de vigilância e controle entre os profissionais do PCE e da ESF;
- reuniões entre as equipes da ESF para discussões relacionadas à esquistossomose;
- capacitação das equipes da ESF para a realização de ações de prevenção e controle da infecção;
- realização da notificação dos casos positivos;
- existência de um local de referência para acompanhamento clínico dos casos crônicos;
- repasse de informações dos casos positivos ao PCE;
- participação do gestor municipal na elaboração do Plano Municipal de Saúde a fim de garantir que as atividades de controle sejam incluídas;
- pactuação das ações de prevenção e controle da esquistossomose na planilha de metas municipal; e
- existência de um setor de epidemiologia municipal.

A técnica utilizada para obter a medida do construto “qualidade da assistência” foi a Teoria de Resposta ao Item (TRI), associada ao Modelo de Rasch e Alfa de Cronbach. Para se construir o MVL foi utilizado o software R versão 2.8.1 e o pacote Ltm que permite o ajuste dos modelos usando o método de máxima verossimilhança marginal. A partir da construção do escore, a qualidade das atividades de diagnóstico, tratamento e controle desenvolvidas pelas equipes da ESF foram classificadas em quatro categorias baseadas no quartil da distribuição do escore: crítico (percentuais < 25%), insatisfatório (percentuais entre 25 e 50%), satisfatório (percentuais entre 50 e 75%) e excelente (percentuais > 75%). Os escores dos municípios (n = 25) foram calculados pela média dos valores dos escores das equipes.

RESULTADOS

As ações de vigilância, prevenção e controle da esquistossomose nos municípios estudados são realizadas pelo PCE através de busca ativa dos casos e pela APS, por meio das equipes da ESF. De uma maneira geral, a ESF vem sendo uma importante ferramenta utilizada em benefício da população garantindo ações coordenadas e planejadas em saúde na Atenção Primária. Esses serviços são responsáveis pelo diagnóstico e tratamento dos indivíduos infectados que recebem por demanda espontânea nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) municipais.

De uma maneira geral, as 97 equipes dos 25 municípios estudados estavam de acordo com a proposta da ESF, sendo composta por profissionais médicos ($\bar{X} = 0,96$), enfermeiros ($\bar{X} = 1,01$), técnicos de enfermagem ($\bar{X} = 1,58$) e agentes comunitários de saúde ($\bar{X} = 6,63$) que trabalham, em média, 40 horas semanais. A maior parte dessas equipes (45,4%) tinha sua atuação centrada na zona urbana do município, 27,8% desenvolviam suas atividades

na zona rural e 26,8 nas duas regiões. Nas áreas de risco, ou seja, sem saneamento básico e água tratada, ainda é reduzido o número de equipes de ESF (14,1%). Condições precárias de estrutura de saneamento básico, higiene, água potável e coleta de lixo estavam presentes em 87,6% das áreas de abrangência das equipes investigadas.

Em geral, quando um paciente buscava atendimento nas UBS e era solicitado o EPF para diagnóstico da esquistossomose, o serviço de saúde viabilizava o procedimento no próprio município (n = 24) ou, no caso de apenas um município, o exame era realizado em outro de referência. Em 61,6% das equipes de ESF eram solicitados EPF apenas para os casos sintomáticos. Destas, 51 (86,9%) não discriminavam o método a ser utilizado no EPF, 6 (6,1%) solicitavam a sedimentação das fezes e 8 (8,1%) solicitavam o método Kato-Katz. Foi informado, também, que 10 (10,1%) equipes solicitavam exame de sangue para avaliação de eosinofilia como método diagnóstico para esquistossomose.

A notificação compulsória dos casos positivos era feita por todas as equipes dos municípios visitados. Entretanto, o instrumento utilizado variava na região pesquisada. Treze municípios (52%) faziam a notificação correta dos casos positivos utilizando o formulário PCE-108, 6 ainda utilizavam o antigo formulário do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para a esquistossomose e 2 utilizavam os dois formulários citados anteriormente de forma simultânea. Esse uso incorreto do formulário do SINAN pode redirecionar os dados para outros Sistemas de Informação e provocar, consequentemente, um déficit de informação no Sistema de Informações do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE). Os gestores de quatro municípios não sabiam informar o formulário utilizado por suas equipes de ESF.

O tratamento, após o diagnóstico da infecção, era realizado no domicílio em 18 municípios (72%), também ocorrendo relatos de tratamento nos serviços de saúde (n = 12) em que era feito o diagnóstico pela ESF. Este era realizado com dose única de Praziquantel por 87,9% dos profissionais, porém, havia uma variação quanto à dosagem. Em 47,5% desses casos, os médicos prescreviam conforme recomendado pelo Ministério da Saúde, ou seja, a dose de 50 mg/kg para adultos e de 60 mg/kg para crianças. Nos outros casos era usada a dosagem de 50 mg/kg de PZQ tanto para adultos quanto para crianças. O medicamento era dispensado pela Farmácia Básica Municipal e entregue ao paciente em 60,0% das cidades visitadas, sendo que nas demais, a droga ficava no Centro de Controle de Zoonose (24,0%) ou em outros setores de acordo com a determinação da Secretária Municipal de Saúde (SMS) (16,0%).

No que se refere à qualidade das ações de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose no âmbito da APS municipal, 28% dos municípios possuíam equipes da ESF classificadas como crítica, insatisfatória e excelente distribuídas igualmente nas cidades avaliadas, conforme Tabela 1. Pode-se observar que em menos da metade dos municípios investigados (44%) o processo de trabalho foi considerado organizado e adequado. Quando se avaliou cada uma das equipes de ESF separadamente, 56 (57,7%) tiveram suas atividades classificadas como insatisfatórias ou críticas. A Tabela 2 mostra os escores de cada equipe da ESF utilizados para mensurar a qualidade das atividades de diagnóstico, tratamento e controle da infecção.

Tabela 1. Escore médio adquirido pelos municípios segundo as ações de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose na Estratégia Saúde da Família.

Municípios	Nº ESF	Média	Classificação da qualidade
Município 1	2	0,274	Satisfatório
Município 2	8	-0,457	Crítico
Município 3	2	-0,74	Crítico
Município 4	3	-0,213	Insatisfatório
Município 5	4	-0,063	Insatisfatório
Município 6	3	0,311	Excelente
Município 7	3	0,162	Satisfatório
Município 8	2	0,499	Excelente
Município 9	6	0,686	Excelente
Município 10	3	-0,138	Insatisfatório
Município 11	5	0,521	Excelente
Município 12	8	-0,091	Insatisfatório
Município 13	4	-0,57	Crítico
Município 14	3	-0,589	Crítico
Município 15	3	-0,063	Insatisfatório
Município 16	7	0,033	Satisfatório
Município 17	1	0,162	Satisfatório
Município 18	3	-0,063	Insatisfatório
Município 19	8	-0,092	Insatisfatório
Município 20	5	-0,288	Crítico
Município 21	1	0,387	Excelente
Município 22	3	-0,401	Crítico
Município 23	3	0,91	Excelente
Município 24	2	-0,288	Crítico
Município 25	5	0,476	Excelente

ESF: Estratégia Saúde da Família.

Tabela 2. Distribuição da classificação dos escores relacionados às ações de diagnóstico, tratamento e controle da esquistossomose realizadas pelas equipes de Estratégia Saúde da Família segundo os municípios da Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul, 2012.

Município	Classificação								Total de equipes
	Crítico	%	Insatisfatório	%	Satisfatório	%	Excelente	%	
Município 1	–	–	–	–	2	100,0	–	–	2
Município 2	7	87,5	1	12,5	–	–	–	–	8
Município 3	2	100,0	–	–	–	–	–	–	2
Município 4	2	66,7	1	33,3	–	–	–	–	3
Município 5	1	25,0	2	50,0	1	25,0	–	–	4
Município 6	–	–	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3
Município 7	1	33,3	–	–	1	33,3	1	33,3	3
Município 8	–	–	–	–	1	50,0	1	50,0	2
Município 9	–	–	–	–	1	16,7	5	83,3	6
Município 10	2	66,7	–	–	1	33,3	–	–	3
Município 11	1	20,0	–	–	1	20,0	3	60,0	5
Município 12	2	25,0	3	37,5	3	37,5	–	–	8
Município 13	4	100,0	–	–	–	–	–	–	4
Município 14	3	100,0	–	–	–	–	–	–	3
Município 15	–	–	3	100,0	–	–	–	–	3
Município 16	3	42,9	–	–	3	42,9	1	14,3	7
Município 17	–	–	–	–	1	100,0	–	–	1
Município 18	1	33,3	1	33,3	1	33,3	–	–	3
Município 19	5	62,5	–	–	1	12,5	2	25,0	8
Município 20	4	80,0	1	20,0	–	–	–	–	5
Município 21	–	–	–	–	1	50,0	1	50,0	2
Município 22	1	50,0	1	50,0	–	–	–	–	2
Município 23	–	–	–	–	–	–	3	100,0	3
Município 24	1	50,0	1	50,0	–	–	–	–	2
Município 25	–	–	1	20,0	1	20,0	3	60,0	5
Total	40	41,2	16	16,5	20	20,6	21	21,6	97

Cinco (20%) municípios atingiram percentuais maiores do que o quartil 50 e foram considerados satisfatórios ou com trabalho excelente. Em 9 cidades (36%) todas as equipes foram classificadas como críticas ou insatisfatórias como nos Municípios 2, 3, 4, 13,14,15, 20,22 e 24. Dez cidades possuíam equipes que divergiam totalmente no que se refere às ações de controle desenvolvidas no município, ou seja, equipes com atividades críticas e insatisfatórias e outras com atividades satisfatórias e excelentes como por exemplo, os Municípios 5, 6, 7, 10, 11, 12, 16, 18, 19 e 25. As equipes de melhor classificação foram as mais organizadas, pois realizavam reuniões sobre os problemas gerados pela esquistossomose junto à comunidade (85,7%), realizavam atividades de controle em parceria com o PCE (81,0%) e utilizavam um setor de epidemiologia municipal (95,2%) no suporte das atividades.

Vale ressaltar que atividades pouco abordadas pelas equipes da ESF e que são relevantes para as ações de controle da esquistossomose foram consideradas incipientes. Destacam-se a ausência de estratégias específicas por parte da ESF para combater e controlar a infecção em áreas endêmicas, a não utilização do método diagnóstico Kato-Katz, o recebimento insuficiente de material explicativo pelas equipes e a ausência de reuniões entre os profissionais da equipe da ESF para discutir assuntos relacionados à infecção em área endêmica.

No que se refere às ações educativas, apenas um médico e sete (28,0%) enfermeiros participaram de treinamento ou capacitação sobre as ações de vigilância, tratamento e controle nessa área endêmica, sendo que a última capacitação ocorreu há aproximadamente um ano. Apenas 3 dos 28 médicos que participam das reuniões de equipes locais, fundamentadas pelo Programa de Educação Permanente Municipal, informaram discutir o tema esquistossomose como pauta de prioridade entre os demais assuntos. Além disso, os entrevistados informaram que apenas 71 (11%) dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tiveram acesso a qualquer tipo de informação ou treinamento sobre as ações relativas à esquistossomose. Nos últimos dois anos, 48% das equipes da ESF não distribuíram, adequadamente, material educativo relacionado à esquistossomose para a população e 76% não realizaram qualquer tipo de campanha municipal de cunho educacional em saúde sobre a infecção. Os profissionais das equipes não receberam nenhum material instrutivo nos últimos anos em 84% dos municípios e, também, não realizaram atividades nas escolas ou associações comunitárias sobre a prevenção da infecção em 48% das cidades. Entretanto, foram identificadas ações preventivas em todos os municípios relacionadas a doenças prevalentes na sociedade contemporânea como diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Os profissionais das equipes de ESF foram perguntados sobre uma série de atividades que poderiam ser feitas para melhorar o desempenho das ações de diagnóstico, prevenção e controle da esquistossomose. Dentre as propostas foram citadas a realização de campanhas educativas para prevenção e controle da infecção (76,3%), de treinamentos e capacitações da equipe (73,2%), de capacitação dos ACS (63,9%) e o desenvolvimento de atividades com os grupos de risco (57,7%). A contratação de novos médicos (13,4%), a viabilização de mais medicamentos (13,4%) para o tratamento da infecção, a viabilização de um número maior de EPF por equipe de ESF (29,9%) e a viabilização de exames especializados (30,9%) relacionados à infecção também foram citados.

No que se refere à gestão da ESF, 12 profissionais (48,0%) relataram ter conhecimento sobre as diretrizes técnicas utilizadas pelo PCE, sendo que desses, apenas 6 acreditavam na viabilidade da sua operacionalização. Além disso, não há avaliação periódica e sistemática do resultado das ações desenvolvidas pelas equipes de ESF municipal. Importante ressaltar que são poucas e esporádicas (32%) as reuniões entre as coordenações da ESF e do PCE nos municípios e que em apenas 14 municípios (56,0%) houve a participação efetiva do gestor da ESF na elaboração do Plano Municipal de Saúde. Por fim, pouco menos da metade dos profissionais da ESF (48,5%) conhecia a existência do PCE em seu município, sendo que apenas 16 profissionais (16,5%) receberam algum material sobre o assunto. Quarenta e dois profissionais da ESF (43,3%) não sabiam informar se as atividades do PCE aconteciam em seu município.

DISCUSSÃO

A organização da Atenção à Saúde fornecida à população no Brasil, no âmbito da Saúde Pública, passa por constantes processos de reestruturação que preconizam ações e serviços públicos de saúde de forma regionalizada e hierarquizada com diretrizes de descentralização, integralidade e participação social^{17,18}.

A descentralização das ações de vigilância e controle de doenças retirou toda a sua estrutura política de saúde da esfera federal para as instâncias estadual e municipal, fato incontestável para o avanço da gestão municipal¹⁹. Entretanto, essa descentralização de ações e de serviços de saúde aumentou a responsabilidade e as atribuições do gestor municipal em um contexto onde sua equipe, associada a sua respectiva qualificação profissional, continua em parte limitada. Ainda permanecem problemas relativos a iniquidades na oferta e no acesso aos serviços de saúde, além da intensa fragmentação e da desorganização dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS). Isso se deve, em grande parte, ao fato de que muitos dos problemas em saúde extrapolam os limites administrativos e a governabilidade das instâncias municipais, requerendo a consolidação de sistemas regionais de saúde organizados e integrados²⁰.

A APS é entendida como o primeiro nível dos serviços de saúde devendo funcionar com ações resolutivas sobre os problemas de saúde da população, articulando-se com os demais níveis de complexidade para a solidificação de uma rede integrada de serviços^{21,22}. A ESF tem sido adotada, no país, como política prioritária, sendo um modelo substitutivo da rede básica tradicional, de cobertura universal, assumindo como princípio norteador a equidade de suas ações. A adoção da ESF pelos municípios viabiliza o acesso da população aos serviços de saúde²². A expansão do atendimento aos diferentes agravos à saúde e a incorporação das tecnologias de diagnóstico potencializaram a capacidade desse serviço de detectar os agravos nas comunidades¹¹ e, conseqüentemente, a esquistossomose.

Em áreas endêmicas, as atividades de prevenção e controle são atribuídas ao PCE, sendo a busca ativa dos casos positivos, nos padrões tecnicistas, a principal atividade desenvolvida. Pouco se sabe sobre ações integradas entre o PCE e a APS em municípios endêmicos¹². Conforme preconizado nas Diretrizes Técnicas de Controle da Esquistossomose, a

vigilância epidemiológica em áreas de risco deve contar com a participação da rede básica de saúde para o diagnóstico e tratamento de todos os seus portadores^{2,6,23}. Mesmo com ações frequentes do PCE nessas áreas, a utilização das UBS por demanda espontânea para o diagnóstico da esquistossomose em áreas endêmicas torna-se indispensável e essencial para o controle da infecção²⁴. Além desta, pode ser atribuído à ESF a identificação de áreas de risco e a incorporação da esquistossomose como tema a ser trabalhado dentro das estratégias utilizadas na APS.

É importante, também, reconhecer o papel do ACS neste panorama, com seu conhecimento sobre a dinâmica da população. Ele atua como mediador social, o que por um lado revela o ACS como aquele que traduz, para a equipe, as necessidades da população e, de outro, o mantém como garantia de vinculação com as famílias sob sua responsabilidade em relação às ações ofertadas pelo serviço²⁵. Ocorre que o ACS ainda não recebe uma formação específica e nem obrigatória para o desenvolvimento das atividades, o que leva a um despreparo para lidar com os problemas da população. Além disso, existem, ainda, alguns condicionantes de saúde na comunidade que limitam as ações do ACS, tornando a proposta da ESF ineficiente²⁶. O ACS tem livre acesso ao domicílio do morador visto que atua como elo entre a equipe de saúde, famílias e usuários, sendo esta uma importante estratégia de trabalho na ESF²² e, conseqüentemente, para o controle da esquistossomose.

Além do suporte essencial do ACS neste processo, o Agente Comunitário de Endemias (ACE) pode ser um importante “catalisador” nas ações de controle da esquistossomose na APS. Sua incorporação às equipes da ESF já é estabelecida pelo Ministério da Saúde há alguns anos e prevista junto a um incentivo financeiro ao município que aderir essa prática. Apesar de ser opcional, esse profissional tem condições de reorganizar seu processo de trabalho, promovendo a integração das bases territoriais dos ACS às suas, além de receber um suporte direto dos profissionais de nível superior da equipe de ESF e potencializar ainda mais seu processo de trabalho²⁷, o que seria de extrema importância para o controle dessa infecção. É importante esclarecer que há condicionantes para a efetivação do subsídio municipal e atuação do ACE nas equipes.

Outros importantes recursos da ESF não são utilizados nos locais investigados quando o assunto é esquistossomose, mesmo se tratando de uma área endêmica. A sala de espera pode ser utilizada como espaço educativo. Essa estratégia pode ser fundamental para o seu controle, tendo em vista que fortalece a articulação trabalhador-saúde-comunidade por proporcionar à comunidade uma oportunidade de construir conhecimento a respeito do seu processo saúde-doença²⁸. A sala de espera insere-se na discussão teórica e prática do acolhimento, sendo um lugar público, dinâmico, onde as pessoas aguardam o atendimento de saúde²⁹. Um espaço onde estão presentes a subjetividade e as pluralidades que emergem através do processo interativo³⁰. Equipes de enfermagem costumam utilizar esse ambiente para divulgar programas de saúde, tirar dúvidas, criar vínculos com os usuários, ajudando no desenvolvimento do acolhimento na UBS^{29,30}. Além deste, um recurso que também poderia ser trabalhado com a comunidade seriam os grupos operativos nas UBS. Utilizando-se essa estratégia, cria-se a possibilidade para reconstruir e criar significados sobre a infecção e seus fatores associados através da troca de informações, da identificação e de outros processos³¹.

Nossos resultados apresentaram diferenças no processo de diagnóstico, tratamento e controle da infecção entre as equipes da ESF de cada cidade e entre os municípios. Equipes que não trabalham de forma padronizada, clara e planejada se distanciam do seu propósito, qual seja, o controle eficaz da infecção. A gestão em saúde é determinante no processo de organização de serviços de saúde e fundamental na efetivação de políticas sociais. O gerenciamento correto implica em planejamento e em tomada de decisão que afeta a estrutura, o processo de produção e o produto de um sistema, visando gerar ações que possibilitem intervenções impactantes no processo de trabalho em saúde³².

Espera-se, por parte dos profissionais de saúde, o devido empenho nas ações contra essa infecção na APS. Entretanto, nossos resultados estão distantes desse contexto, tendo em vista que pouco menos da metade dos municípios recebeu uma classificação geral positiva. Há dificuldades na realização das ações desempenhadas, faltam estratégias bem definidas e a organização desse processo se apresenta comprometida, conforme mostraram os resultados da avaliação dos municípios e das diferentes atividades desenvolvidas pelas equipes de ESF. Um exemplo é a não inserção do método Kato-Katz no processo de diagnóstico na APS, o que melhoraria a efetividade do controle, pois é mais rápido e fácil de ser realizado, o que potencializa o planejamento das ações desenvolvidas e reduz custos.

Um importante avanço foi a centralização do medicamento utilizado para tratamento da esquistossomose no Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF). Tal ganho está relacionado à uma melhor qualidade do processo de controle da infecção e à prevenção de um possível uso indiscriminado desse medicamento no âmbito municipal. Com a criação do Programa Rede Farmácia de Minas pela Deliberação CIB/SUS-MG nº 416 de 2008, a farmácia é reconhecida como estabelecimento de saúde e referência de serviços farmacêuticos para a população. Por sua vez, o SIGAF é responsável por acompanhar a utilização dos medicamentos pela população atendida pelo SUS no estado³³. Embora alguns municípios não estejam organizados dessa forma, essa medida controla a dispensação e utilização do Praziquantel em áreas endêmicas, evitando uso abusivo e desnecessário do medicamento por parte da população e dos profissionais da saúde. É desejável que, apesar de não ser adotado como rotina, o retorno do paciente à UBS para realizar o tratamento proporcione a este uma assistência mais eficiente e qualificada. No serviço de saúde, além da medicação, são realizadas orientações a respeito de medidas preventivas sobre a doença e esclarecimento de dúvidas, consolidando o vínculo entre comunidade e o serviço de saúde, bem como a realização da notificação compulsória dos casos identificados.

Em relação à notificação, pode-se observar uma incoerência quanto ao uso dos formulários. O PCE-108, implantado no segundo semestre de 2010, objetiva registrar casos de esquistossomose identificados na APS em áreas endêmicas em substituição ao formulário do SINAN³⁴. Nos municípios estudados, em apenas metade deles este processo caminha na direção esperada. Vários ainda utilizam o formulário do SINAN, o que gera dificuldades em conhecer a real situação da infecção municipal, acarretando a subnotificação ou mesmo ausência de registros fidedignos e impactando nas informações geradas pelo SISPCE em área endêmica. Um sistema de informação precário pode implicar, na maioria das vezes, em prejuízos no planejamento das ações e em tomadas de decisões equivocadas.

Foi observado, ainda, que os municípios não repassam as informações sobre os indivíduos infectados e tratados na APS para as equipes do PCE. O fato de não haver esse repasse reafirma um distanciamento entre as práticas realizadas para controle da esquistossomose entre o PCE e a APS, observado também em outros estudos avaliativos sobre a doença^{35,36}. Mesmo sendo participativa, parte das práticas dos gestores em saúde permanecem setorializadas, impedindo que as soluções sejam encaminhadas de maneira integrada e eficiente³⁷. A integração entre essas ações de vigilância em saúde e a APS é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados satisfatórios^{1,2}.

Outro importante resultado deste estudo foi a falta de capacitação dos profissionais da ESF. A melhora na formação dos profissionais de APS é importante, pois facilita a cooperação com especialistas e reforça a confiança da população, além de ser essencial para o desempenho das novas atribuições assumidas pela APS^{3,38}. A educação permanente em saúde, além de necessária, possibilita a produção de novos saberes e acordos coletivos de trabalho no SUS. Esta deve ser realizada com um propósito e estratégias bem definidas, evitando ser uma capacitação pontual, de caráter programático e centralizado, com conteúdos padronizados, visando apenas à atualização de conhecimentos de categorias profissionais específicas sem considerar as realidades locais e as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores envolvidos³.

Nos municípios estudados, as ações de educação em saúde direcionadas para a esquistossomose não são realizadas de modo efetivo, pois a falta de material educativo é um dos empecilhos do desenvolvimento de ações junto à comunidade. A disponibilidade de material educativo na ESF é de extrema importância, uma vez que esta busca agir com base na promoção da saúde e prevenção de agravos¹⁸. Esses recursos, aliados à sensibilização da comunidade quanto ao problema, podem contribuir para o controle da esquistossomose em área endêmica. A conscientização do impacto da doença na comunidade deve extrapolar a dimensão popular e ter uma conotação de política organizacional e atingindo os Conselhos Municipais de Saúde. É nesse local onde há participação social por meio de seus integrantes, assegurando o controle social sobre as ações e serviços de saúde no município²⁹. Nesse contexto, o conselho torna-se um importante veículo para consolidar e efetivar as práticas de controle da infecção no município e na região. Com a participação social nessas ações, será garantido o exercício de tais práticas na gestão municipal por meio das pactuações e contratualizações, de modo a sustentá-las efetivamente pelo período de tempo necessário.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que o monitoramento e a avaliação dos serviços ofertados na APS para as atividades de controle da esquistossomose ainda são incipientes nos municípios da Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul. Não há uma uniformidade nas ações desenvolvidas, nem uma definição de estratégias direcionadas ao controle da infecção. A vigilância e o controle estão comprometidos devido à fragmentação, falta de planejamento, incerteza e morosidade nos dados levantados e ao distanciamento entre ESF e PCE. A reorganização e a avaliação das ações nos serviços em saúde são fundamentais para a continuidade, o aperfeiçoamento e a manutenção da qualidade assistencial desenvolvidas no âmbito da saúde em diferentes esferas.

Fazer valer dos vários recursos utilizados pela ESF e realizar ações efetivas de educação em saúde nas escolas são recursos acessíveis que podem ser mais explorados nas ações realizadas pelos municípios investigados. O apoio dos gestores e a pactuação da esquistossomose nas ações de vigilância em saúde e no Plano Municipal de Saúde são essenciais para potencializar essas estratégias. Deve-se promover a sensibilização e responsabilização da comunidade a respeito do combate da infecção nessas áreas endêmicas e exercê-lo por meio do controle social.

Contudo, a consolidação da integração entre a APS e o PCE é essencial para o controle na doença em áreas endêmicas. Para tal, é necessário que os gestores desenvolvam parcerias e estratégias no intuito de estimular a produção e o repasse de informações, criando metas e definindo indicadores sobre as atividades desenvolvidas. O planejamento e a avaliação são essenciais para a qualidade e o sucesso destas ações.

AGRADECIMENTOS

Ao coordenador da Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul. Aos gestores municipais de saúde participantes do estudo e demais profissionais que colaboraram.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7 ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. Volume único. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 21. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
4. Drummond SC, Pereira SRS, Silva LCS, Antunes CME, Lambertucci JR. Schistosomiasis control program in the state of Minas Gerais in Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2010; 105(4): 519-23.
5. Coura JR, Amaral RS. Epidemiological and control aspects of schistosomiasis in brazilian endemic areas. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2004; 99(Suppl 1): 13-9.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015. 1 ed., 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
7. Barbosa VS, Araújo KC, Leal Neto OB, Barbosa CS. Spatial distribution of schistosomiasis and geohelminthiasis: cases in the rural areas of Pernambuco, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2012; 45(5): 633-8.
8. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5): 951-63.
9. Conill E, Fausto M. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. In: INTERCAMBIO III-2007: fortalecimiento de la atención primaria con otros niveles de atención del proyecto eurosocial salud: documento técnico. Rio de Janeiro; 2007.
10. Van der Werf MJ, de Vlas SJ, Landouré A, Bosompem KM, Habbema JD. Measuring schistosomiasis case management of the health services in Ghana and Mali. *Trop Med Int Health* 2004; 9(1): 149-57.
11. Tibiriça SHC, Guimaraes FB, Teixeira MTB. A esquistossomose mansoni no contexto da política de saúde brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(Suppl 1): 1375-81.

12. Farias LMM, Resendes APC, Sabroza PC, Souza-Santos R. Análise preliminar do sistema de informação do Programa de Controle da Esquistossomose no período de 1999 a 2003. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(1): 235-9.
13. Lambertucci JR. Acute schistosomiasis mansoni: revisited and reconsidered. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2010; 105(4): 422-35.
14. Barbosa CS, Araújo KC, Sevilla MAA, Melo F, Gomes ECS, Souza-Santos R. Current epidemiological status of schistosomiasis in the state of Pernambuco, Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2010; 105(4): 549-54.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE-cidades@. Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang&coduf=31&search=minas-gerais>> (Acessado em 10 de maio de 2011).
16. Rizopoulos D. Irm: an R package for latent variable modeling and item response theory analyses. *J Stat Software* 2006; 17(5): 1-24.
17. Stanise VL. Avaliação do grau de institucionalização dos Programas Municipais de DST/HIV/AIDS na regional de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2008.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
19. Menezes MJR. Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica da esquistossomose no Estado da Bahia [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2005.
20. Pereira AMM. Dilemas federativos e a regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
21. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2 ed. Brasília: UNESCO; 2004.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Controle da esquistossomose: diretrizes técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
24. Reis DC. Acesso da população ao diagnóstico e tratamento da esquistossomose em área endêmica do município de Jequitinhonha, Minas Gerais [tese de doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
25. Figueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis* 2011; 21(3): 899-915.
26. Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(1): 349-60.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
28. Cardoso LS, Vaz MRC, Costa VZ, Soares JFS, Silva MRS. Percepção da equipe de enfermagem no acompanhamento do processo de trabalho no Programa Saúde da Família. *Invest Educ Enferm* 2011; 29(3): 391-9.
29. Brasil. Ministério da Saúde. O acolhimento como uma diretriz da política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção à Saúde; 2006.
30. Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto Contexto - Enferm* 2006; 15(2): 320-5.
31. Ribeiro JP. Psicoterapia grupo analítico: teoria e técnica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1995.
32. Passos JP, Ciosak SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(4): 464-8.
33. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Assistência Farmacêutica. Relação de medicamentos do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2009.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica nº05/Sub-HA/CGTD/DEVEP/SVS/MS. Assunto: Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010 – Sobre notificação de casos de esquistossomose. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
35. Quinino LRM. Análise da Implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em dois municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil [dissertação de mestrado]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
36. Marcelino JMR. Avaliação da implementação das ações de vigilância epidemiológica da esquistossomose mansoni: um estudo de caso no município de União dos Palmares, AL [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
37. Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde Soc* 1997; 6(2): 31-46.
38. Rico A, Saltman R. Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. *Rev Adm Sanit* 2002; 6(21): 39-67.

Recebido em: 10/11/2014

Versão final apresentada em: 29/06/2015

Aprovado em: 14/07/2015