

Avaliação das atividades de rotina do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, entre 2003 e 2005

Evaluation of Routine Activities at the Schistosomiasis Control Program in Cities of the Metropolitan Area of Recife, Pernambuco, Brazil between 2003 and 2005

Louisiana Regadas de Macedo Quinino

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife-PE, Brasil

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife-PE, Brasil

Lucilene Rafael Aguiar

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife-PE, Brasil

Tereza Neuma Guedes Wanderley

Secretaria de Estado da Saúde, Governo do Estado de Pernambuco, Recife-PE, Brasil

Constança Simões Barbosa

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife-PE, Brasil

Resumo

Com o objetivo de avaliar as ações de rotina do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios da Região Metropolitana do Recife foi realizado um estudo avaliativo normativo. Para tanto foram utilizados dados secundários oriundos do Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose daqueles municípios que tinham este programa implantado até o ano de 2005. Foi utilizado um sistema de escores que classificou os municípios quanto ao cumprimento das normas propostas pelo Ministério da Saúde em: cumprindo satisfatoriamente quando atingia de 80 a 100 pontos, parcialmente de 50 a 79 pontos e inadequadamente quando o somatório era inferior a 49 pontos. Os resultados mostraram que apenas um (9,1%) cumpriu adequadamente, sete (63,6%) cumpriram parcialmente e três (27,3%) cumpriram inadequadamente, o que demonstra a deficiência dos municípios avaliados quando se trata de cumprir as normas recomendadas pelo Ministério da Saúde para as atividades de rotina de controle da esquistossomose.

Palavras-chave: esquistossomose; controle; saúde.

Summary

In order to evaluate routine activities at the Schistosomiasis Control Program in municipalities of the metropolitan area of Recife, State of Pernambuco, Brazil, a normative evaluation was performed. In this context, we have analyzed secondary data from the Schistosomiasis Control Program Information System related to municipalities that had implemented the program up to 2005. A scoring system was used ranking the cities according to the compliance of standards proposed by Brazil's Ministry of Health as follows: adequate (when reaching from 80 to 100 points), partially adequate (ranging from 50 to 79 points) and inadequate (with compliance rate below 50 points). Results showed that only one municipality has performed adequately (9.1%), seven have partially followed the established procedures (63.6%) and three (27.3%) have inadequately followed the established procedures, which shows that most municipalities assessed have difficulties when it comes to meeting standards for routine activities related to schistosomiasis control recommended by the Ministry of Health.

Key words: schistosomiasis; control; health.

Endereço para correspondência:

Rua Xavier Marques, 165, Apto. 801, Graças, Recife-PE, Brasil. CEP: 52050-230
E-mail: louisianaquinino@hotmail.com

Introdução

Estima-se que a esquistossomose comprometa entre 2.500.000 e 8.000.000 de brasileiros, sendo que no estado de Pernambuco cerca de 15% da população apresenta-se infectada.¹⁻⁶ A doença é endêmica nas áreas que circundam a faixa litorânea, mais precisamente na Zona da Mata e Agreste, estando distribuída em 72 dos 185 municípios do estado (39%).⁷⁻¹¹

Porém, desde a década de 90 tem-se observado a expansão da esquistossomose para áreas litorâneas da Região Metropolitana do Recife (RMR), Pernambuco, quando foram registrados os primeiros casos em veranistas e moradores da Praia de Itamaracá¹² e, posteriormente, em Porto de Galinhas.¹³ Tal ocorrência é bastante preocupante não apenas porque esta é uma área de recente introdução da doença, mas também pelo fato de a enfermidade ter se apresentado na forma aguda, o que indica exposição contínua e a grandes quantidades de cercárias.¹⁴

Em virtude deste panorama da doença em Pernambuco, mesmo diante de todos os esforços do governo para controlar sua expansão, o que se observa é o aumento da distribuição espacial dos casos com estabelecimento de novos focos ativos, principalmente em áreas urbanas.¹³ Como consequência, a esquistossomose vem sendo alvo de programas de controle de abrangência nacional, que visam sobretudo reduzir a sua prevalência.¹⁵ Estas ações tiveram início no Brasil em 1975, com o Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE), executado pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), a qual direcionava suas atividades principalmente para o tratamento em massa dos pacientes com oxamniquina.¹⁶

Posteriormente, a partir de 1980, instituiu-se como programa de rotina no Brasil o Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), nome pelo qual é conhecido até hoje. Neste recorte de tempo, mais precisamente na década de 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de controle desta doença foram descentralizadas para estados e municípios.¹⁷ Nesta ocasião, fizeram-se necessárias a normatização e implementação de atividades a serem realizadas pelos municípios, com destaque para a delimitação epidemiológica, inquéritos coproscópicos censitários, tratamento de infectados, controle de planorbídeos, medidas de saneamento ambiental,

educação em saúde, vigilância epidemiológica¹⁵ e a alimentação anual do Sistema de Informação sobre o PCE (SISPCE).¹⁸⁻²⁰

Observa-se o aumento da distribuição espacial dos casos com estabelecimento de novos focos ativos, principalmente em áreas urbanas.

Mesmo que o efetivo controle da esquistossomose requiera a realização de todas as atividades acima, o Ministério da Saúde (MS) pactua apenas algumas delas para os municípios de Pernambuco, que são a realização de inquéritos coproscópicos censitários com tratamento dos doentes^{19,20} e a alimentação anual do SISPCE.¹⁸ Estas atividades são as mínimas requeridas para o controle da endemia e devem ser incorporadas na rotina de trabalho dos municípios.¹⁸⁻²⁰

Depois da descentralização, apesar da atual situação epidemiológica da esquistossomose na RMR, a qual abrange grande parte da área litorânea, nenhuma pesquisa acadêmica avaliativa foi realizada para mensurar os aspectos operacionais das ações rotineiras de controle da esquistossomose no estado de Pernambuco.²¹ Em virtude dessa carência, a realização de trabalhos avaliativos abordando o tema é pertinente, uma vez que permite julgar uma intervenção, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões,²² além de auxiliar no planejamento dos serviços e programas prestados à sociedade.²³

Esta pesquisa teve por objetivo avaliar o cumprimento das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para o processo de realização das atividades de rotina relacionadas ao controle da esquistossomose na Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, no período compreendido entre 2003 e 2005, apontando possíveis lacunas e falhas em suas ações e atividades.

Metodologia

Foi realizado um estudo avaliativo das ações de rotina do PCE realizadas pelos municípios da RMR no período de 2003 a 2005. Para tanto, foi utilizada a abordagem do processo proposto por Donabedian,²⁴ que se preocupa em saber em que medida as ações realizadas pelo programa são adequadas para alcançar

os objetivos propostos para um efetivo controle da esquistossomose. A RMR é formada por 14 municípios, dos quais apenas 11 (Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Paulista e São Lourenço da Mata) têm o PCE implantado e, portanto, foram objetos de análise do estudo.

Os dados sobre as atividades realizadas pelos municípios foram do tipo secundário, compilados nos Relatórios das Atividades de Coproscopia e Tratamento do SISPCE, disponibilizados pelo Departamento de Vigilância Ambiental da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), após prévio consentimento mediante carta de anuência. Os dados populacionais foram adquiridos do Sistema de Localização Geográfica (SISLOC), e também foram disponibilizados pela SES/PE.

Na análise dos dados, utilizaram-se como parâmetros as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde realizadas na rotina dos municípios, que são: a execução dos inquéritos coproscópicos censitários, a quimioterapia e o fluxo da informação.^{15,18-20} Cada uma destas atividades constituiu uma categoria de análise para a qual foram construídos indicadores a fim de se permitir sua comparação com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (Figura 1).^{15,18-20}

Destaca-se que a categoria inquéritos coproscópicos, devido a complexidade das ações propostas, foi decomposta em três subcategorias para as quais também foram construídos indicadores (Figura 1).^{15,19,20}

Cabe salientar que, como o MS preconiza que os inquéritos coproscópicos sejam realizados a cada dois anos,^{15,20} só foi possível analisar a categoria “Proporção das localidades trabalhadas em 2003 ou 2004 com retorno em 2005 ou 2006” nos quatro municípios que tinham o PCE implantado até 2004, os quais terão seus nomes resguardados para garantir que os mesmos não sejam identificados. Tais municípios serão chamados de A, B, C e D.

Para quantificar a realização das atividades foi empregado um sistema de escores adaptado de Felisberto²⁵ e utilizado por Frias e colaboradores²⁶ e Samico.²⁷ Para tanto, cada indicador recebeu uma pontuação de acordo com o percentual de execução atingido, o qual foi dividido em três faixas: 80 a 100%, 50 a 79% e menor que 49%.

Assim, para os municípios que iniciaram as atividades até 2004, cada indicador avaliado recebeu no

máximo 20 pontos, de modo que o total possível de se atingir por município fosse de 100 pontos, já que são cinco os indicadores avaliados. Para estes municípios, cada indicador situado entre 80 e 100% recebeu vinte pontos; para os situados entre 50 e 79%, dez pontos; e zero para os que ficaram com 49% ou menos.

Para os municípios que iniciaram as atividades em 2005 não foi possível avaliar o indicador “Proporção das localidades trabalhadas em 2003 ou 2004 com retorno em 2005 ou 2006” pelos motivos já explicados. Neste caso, a fim de permitir comparação com os municípios que iniciaram suas atividades até 2004, o indicador em questão foi excluído e o total de pontos (100), redistribuído equitativamente entre os remanescentes. Sendo assim, para cada indicador que atingiu mais de 80%, atribuíram-se 25 pontos; para os que se situaram entre 50 e 79%, 12,5 pontos; e para os situados abaixo de 49%, nenhum ponto. O escore final foi obtido a partir do somatório da pontuação de cada município, o que permitiu classificá-los de acordo com a situação de cumprimento das normas do PCE da seguinte forma: cumpre satisfatoriamente, de 80 a 100 pontos; cumpre parcialmente, de 50 a 79 pontos; cumpre inadequadamente, menos de 49 pontos.

Considerações éticas

Todo o processo de pesquisa obedeceu aos princípios éticos dispostos na Resolução n° 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde (Conep/CNS). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, conforme Parecer n° 058/2007, em reunião ordinária ocorrida no dia 14 de novembro de 2007.

Resultados

A Figura 1 permite vislumbrar as categorias de análise que representam as atividades de rotina de controle da esquistossomose que devem ser realizadas pelos municípios. Para cada categoria, foram listados os objetivos e atribuídos os indicadores correspondentes utilizados na avaliação, sua fórmula de cálculo e as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Dos 11 municípios da RMR estudados, quatro (A, B, C e D) iniciaram as atividades de controle da esquistossomose em 2003 e 2004. O resultado em percentual das atividades realizadas e a pontuação

atribuída podem ser vistos na Tabela 1. Entre esses municípios, nenhum atingiu o escore que o classificasse como de cumprimento satisfatório das atividades de controle. Três municípios foram classificados como de cumprimento parcial das normas das atividades de rotina estabelecidas e um município (D) foi classificado como cumprimento inadequado.

Observa-se que o único indicador para o qual todos os municípios conseguiram máxima pontuação (20 pontos) foi “Proporção de envio regular de dados do SISPCE municipal para a SES”. Para o indicador “Proporção das localidades trabalhadas em 2003 ou 2004 com retorno em 2005 ou 2006”, apenas os municípios A e C conseguiram máxima pontuação.

Já na categoria “Proporção de coletores recolhidos com amostras clínicas em relação aos distribuídos”, somente o município A marcou 20 pontos. Finalmente, na categoria “Proporção das localidades com 80% ou mais da população trabalhada no PCE”, nenhum dos municípios atingiu máxima pontuação. Apenas o município D marcou 10 pontos para esta atividade.

Os municípios E, F, G, H, I, J e K, cujos nomes também foram resguardados, iniciaram suas atividades em 2005. O resultado, em percentual, das atividades realizadas por estes municípios e a pontuação atribuída podem ser vistos na Tabela 2. Observando-se o escore atingido por cada município, vê-se que o município J foi o único classificado como cumprindo satisfatória-

Categoria de análise	Objetivo	Indicador	Fórmula de cálculo	Parâmetro
I N Q U É R I T O S	Identificar localidades que trabalharam 80% ou mais da população no PCE	Proporção das localidades com 80% ou mais da população trabalhada no PCE	$\frac{\text{Nº de localidades que trabalharam 80\% ou + da população em determinado município e período}}{\text{Total de localidades trabalhadas no mesmo município e período}} \times 100$	Trabalhar 80% ou mais da população
	Identificar localidades trabalhadas em 2003 ou 2004 que o foram novamente em 2005 ou 2006	Proporção das localidades trabalhadas em 2003 ou 2004 com retorno em 2005 ou 2006	$\frac{\text{Localidades trabalhadas em 2003 ou 2004 que foram trabalhadas novamente em 2005 ou 2006 em determinado município}}{\text{Total de localidades trabalhadas no mesmo município em 2003 ou 2004}} \times 100$	Realizar dois inquéritos censitários por localidade em quatro anos
	Mensurar a proporção de coleta de amostras clínicas	Proporção de coletores recolhidos com amostras clínicas em relação aos distribuídos	$\frac{\text{Coletores recolhidos em determinado município e período}}{\text{Coletores distribuídos no mesmo município e período}} \times 100$	Recolher 80% dos coletores
F L U X O	Verificar a regularidade do envio de dados do SISPCE municipal para a SES	Proporção de envio regular de dados do SISPCE municipal para a SES	$\frac{\text{Total de anos em que foram enviados dados em determinado município e período}}{\text{Total de anos trabalhados no mesmo local e período}} \times 100$	Enviar dados anualmente para a SES
T R A T A M E N T O	Aferir o tratamento dos casos positivos	Proporção de casos positivos para esquistossomose tratados	$\frac{\text{Nº de pessoas positivas para esquistossomose tratadas em um determinado município e período}}{\text{Total de pessoas positivas no mesmo município e período}} \times 100$	Tratar 80% ou mais dos positivos

Figura 1 - Matriz de categorias de análise, objetivos, indicadores, fórmulas de cálculo e metas preconizadas para a realização das ações de rotina do PCE no nível local

Tabela 1 - Distribuição da pontuação atingida por faixa de percentual dos indicadores do PCE nos municípios da Região Metropolitana do Recife que iniciaram as ações do PCE em 2003 ou 2004. Brasil, 2003-2006

Municípios/Indicador	A	B	C	D
Proporção das localidades com 80% ou mais da população trabalhada no PCE	8,13	3,50	14,30	71,40
Pontuação	0	0	0	10
Proporção das localidades trabalhadas em 2003 ou 2004 com retorno em 2005 ou 2006	92,50	75,00	100,00	0,00
Pontuação	20	10	20	0
Proporção de coletores recolhidos com amostras clínicas em relação aos distribuídos	80,80	67,20	72,70	59,30
Pontuação	20	10	10	10
Proporção de envio regular de dados do SISPCE municipal para a SES	100,00	100,00	100,00	100,00
Pontuação	20	20	20	20
Proporção de casos positivos para esquistossomose tratados	61,00	80,00	2,50	18,90
Pontuação	10	20	0	0
ESCORE	70	60	50	40

mente as normas, seguido dos municípios H e E, com 62,5 pontos, cumprindo parcialmente; K e I com 50 pontos, ficando no limite entre cumprir parcialmente e cumprir inadequadamente e, por fim, os municípios G e F com os piores escores.

Novamente observa-se que o único indicador para o qual todos os municípios conseguiram máxima pontuação foi “Proporção de envio regular de dados do SISPCE municipal para a SES”. Depois vem a “Proporção de casos positivos para esquistossomose tratados”, para o qual os municípios J, H e E atingiram pontuação máxima. Em seguida, foram avaliadas as categorias “Proporção de coletores recolhidos com amostras clínicas em relação aos distribuídos”, na qual os municípios J e K marcaram 25 pontos; e “Proporção das localidades com 80% ou mais da população trabalhada no PCE”, onde nenhum dos municípios atingiu pontuação máxima.

A Tabela 3 mostra um resumo da classificação dos municípios em relação ao cumprimento das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para o controle da esquistossomose, no qual se observa que, dos 11

municípios estudados, apenas um (9,1%) cumpre satisfatoriamente as normas estabelecidas para as atividades de rotina do PCE, sete (63,6%) cumprem parcialmente e três (27,3%) cumprem inadequadamente.

Discussão

A avaliação realizada neste estudo objetivou conhecer apenas a situação das atividades de rotina preconizadas pelo Ministério da Saúde para o controle da esquistossomose nos municípios da RMR que têm o Programa de Controle da Esquistossomose implantado. A opção pela avaliação normativa fundamenta-se na hipótese de que há uma forte relação entre o respeito aos critérios e às normas estipuladas pelo Ministério da Saúde para o controle da esquistossomose e os efeitos reais da intervenção realizada pelos municípios.²² A escolha da apreciação do processo, fundamentada em Vuori,²⁸ fez-se necessária uma vez que os resultados alcançados pelos programas sempre serão consequência dos processos.

Tabela 2 - Distribuição da pontuação atingida por faixa de percentual dos indicadores do PCE nos municípios da Região Metropolitana do Recife que iniciaram as ações do PCE em 2005. Brasil, 2005-2006

Municípios/Indicador	J	H	E	K	I	G	F
Proporção das localidades com 80% ou mais da população trabalhada no PCE	71,4	16,70	0,00	0,00	11,10	33,30	25,00
Pontuação	12,5	0	0	0	0	0	0
Proporção de coletores recolhidos com amostras clínicas em relação aos distribuídos	99,90	75,00	68,80	100,00	69,90	63,80	61,70
Pontuação	25	12,5	12,5	25	12,5	12,5	12,5
Proporção de envio regular de dados do SISPCE municipal para a SES	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Pontuação	25	25	25	25	25	25	25
Proporção de casos positivos para esquistossomose tratados	92,70	84,70	86,40	44,10	60,30	36,80	24,50
Pontuação	25	25	25	0	12,5	0	0
ESCORE	87,5	62,5	62,5	50,0	50,0	37,5	37,5

Tabela 3 - Distribuição da pontuação e escore atingidos por atividade do PCE segundo municípios da Região Metropolitana do Recife. Brasil, 2003 - 2006

Municípios	Indicador					Escore	Classificação
	Localidades com 80% ou mais da população trabalhada no PCE	Localidades trabalhadas em 2003 ou 2004 com retorno em 2005 ou 2006	Coletores recolhidos com amostras clínicas em relação aos distribuídos	Envio regular de dados do SISPCE municipal para a SES	Casos positivos tratados		
J	12,5	NA	25,0	25,0	25,0	87,5	Satisfatoriamente
A	0,0	20,0	20,0	20,0	10,0	70,0	Parcialmente
H	0,0	NA	12,5	25,0	25,0	62,5	Parcialmente
E	0,0	NA	12,5	25,0	25,0	62,5	Parcialmente
B	0,0	10,0	10,0	20,0	20,0	60,0	Parcialmente
K	0,0	NA	25,0	25,0	0,0	50,0	Parcialmente
I	0,0	NA	12,5	25,0	12,5	50,0	Parcialmente
C	0,0	20,0	10,0	20,0	0,0	50,0	Parcialmente
D	10,0	0,0	10,0	20,0	0,0	40,0	Inadequadamente
G	0,0	NA	12,5	25,0	0,0	37,5	Inadequadamente
F	0,0	NA	12,5	25,0	0,0	37,5	Inadequadamente

NA = Não se aplica

Mesmo que o uso de dados secundários possa ser apontado como uma limitação do estudo, uma vez que estão sujeitos a vieses relacionados à digitação incorreta das atividades no sistema de informação nos municípios, a existência de um sistema de informações (SISPCE) permite a construção dos indicadores utilizados na avaliação, se utilizado adequadamente e regularmente. Outro limitante desse estudo deve-se à impossibilidade de aplicar a avaliação da categoria “Proporção das localidades trabalhadas em 2003 ou 2004 com retorno em 2005 ou 2006” para os municípios que iniciaram suas atividades em 2005, o que gerou pequenas diferenças nos pesos atribuídos a cada um dos indicadores quando comparados aos dos municípios que iniciaram as atividades em 2003/2004. A pequena diferença de pesos, no entanto, não influenciou nos resultados.

Apesar dessas considerações, o modelo do estudo se revela útil e adequado para apreciação pelos gestores locais, pois permite identificar os aspectos mais frágeis das atividades de controle da esquistossomose, dando subsídios para a tomada de decisão.

Um fato importante a se considerar é que não há uma consonância entre as ações realizadas na maioria dos municípios, o que evidencia o diferente entendimento dos gestores ou a prioridade que cada um deles estabelece para a realização das atividades propostas pelo PCE. Tomando-se como exemplo o município H, vemos que o mesmo tratou adequadamente os doentes (84,7%), mas realizou inquéritos coprocópicos em mais de 80% da população somente em 16,7% das localidades escolhidas. Outro exemplo é o município D, que recuperou apenas 59,3% dos recipientes distribuídos e, mesmo realizando inquéritos com cobertura satisfatória em 71,4% das localidades escolhidas, a única localidade trabalhada em 2003/2004 não foi trabalhada novamente dentro de dois anos, o que favorece a reinstalação do ciclo de transmissão da esquistossomose. Some-se a isso o fato de que a cobertura média de tratamento foi de somente 18,89%.

A realização não-sistemática e descoordenada das ações é um dos fatores que contribuem significativamente para a manutenção da transmissão da esquistossomose em municípios endêmicos, uma vez que o sucesso do controle da doença depende da efetividade e da coerência entre as ações para evitar que as pessoas se reinfectem e que o ciclo seja restabelecido.²⁹

Os resultados desta avaliação apontam para a falta de conhecimento sobre as normas e para a falta de capacitação (teórica e operacional) por parte das equipes municipais de controle de endemias. Como assinalado por Farias e colaboradores,²⁹ é necessário que os gestores planejem adequadamente a execução das ações de controle, pois sem esta atitude, cada município continuará executando suas atividades de acordo com critérios próprios a depender da disponibilidade de recursos, equipamentos e pessoal. Além do anteriormente exposto, foram detectados outros fatores, de ordem operacional, que podem estar implicados no inadequado cumprimento às normas do PCE.

Em nenhum dos 11 municípios estudados observou-se o cumprimento da meta de “Trabalhar 80% ou mais da população das localidades escolhidas”. Isso pode retratar a dificuldade dos agentes de endemias em delimitar e cobrir estas áreas geográficas de forma precisa.

Em se tratando da proporção de coletores recolhidos com amostras clínicas em relação aos distribuídos, os municípios A, K e J (27,3%) cumpriram adequadamente esta norma e os demais a cumpriram parcialmente. Isso pode refletir a dificuldade dos agentes em realizar a busca casa a casa dos coletores entregues, assim como a deficiência na realização de ações de educação em saúde, onde a comunidade não sensibilizada não adere ao programa.

Outro aspecto relevante detectado por esse estudo foram as baixas coberturas de tratamento, observadas em sete dos 11 (63,6%) municípios, que pode estar relacionada ao fato de que, atualmente, o tratamento dos doentes ao longo dos anos é um ato privativo do profissional médico,³⁰ sendo este, muitas vezes, ligado ao Programa de Saúde da Família (PSF). Estes profissionais, muitas vezes jovens ou perto de se aposentar, sobrecarregados, podem não se encontrar devidamente habilitados para este procedimento diante da necessidade de emprego de terapêutica específica para tratamento dos casos, principalmente os agudos.

Os resultados do estudo mostraram a falha dos municípios da Região Metropolitana do Recife em relação ao cumprimento das normas recomendadas pelo Ministério da Saúde para as atividades de rotina de controle da esquistossomose. Esta observação é preocupante, uma vez que tais atividades são as mínimas requeridas para um efetivo controle da doença em municípios endêmicos.^{15,18-20}

Levando-se em consideração que a realização correta dos inquéritos coproscópicos é a principal medida que permite a detecção precoce e a indicação de medidas de controle oportunas,^{15,19} a sua realização inadequada, acompanhada de baixas coberturas de tratamento de doentes, como observado nos municípios estudados, podem ser assinaladas como fatores que contribuem para a expansão da endemia na RMR.

Sendo assim, aponta-se para a necessidade de os gestores locais incluírem a esquistossomose como prioridade em suas agendas de governo, observando a necessidade de realizar adequadamente as ações mínimas de rotina propostas para o controle da endemia. Somente assim os objetivos propostos pelo Programa de Controle da Esquistossomose para um efetivo controle da doença na RMR poderão ser atingidos.

Referências

1. Barbosa CS, Silva CB, Barbosa FS. Esquistossomose: reprodução e expansão da endemia no Estado de Pernambuco, Brasil. *Revista de Saúde Pública* 1996;30:609-616.
2. Burlandy-Soares LC, Dias LCS, Kanamura HY, Oliveira EJ, Ciaravolo RM. *Schistosomiasis mansoni*: follow up of control program based on parasitologic and serologic methods in a brazilian community of low endemic. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 2003;98:853-859.
3. Amaral RS, Porto MAS. Evolução e situação atual da esquistossomose no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 1994;27 Supl III: 73-90.
4. Katz N, Peixoto SV. Análise crítica da estimativa do número de portadores de esquistossomose mansoni no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2000;33:303-308.
5. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Santos RV, Gonçalves LAO. A interdição da doença: uma construção cultural da esquistossomose em área endêmica, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2002;18: 1629-1638.
6. Coura JR, Amaral RS. Epidemiological and control aspects of Schistosomiasis in Brazilian Endemic Areas. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 2004;99:13-19.
7. Souza MAA, Barbosa VS, Wanderlei TNG, Barbosa CS. Criadouros de biomphalaria, temporários e permanentes, em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2008;41(3):252-256.
8. Carvalho EME, Acioli MD, Branco MAF, Costa AM, Cesse EAP, Andrade AG, Mello EMLL. Evolução da esquistossomose na Zona da Mata Sul de Pernambuco. *Epidemiologia e situação atual: controle ou descontrole?* *Cadernos de Saúde Pública* 1998;14(4):787-795.
9. Resendes APC, Souza-Santos R, Barbosa CS. Internação hospitalar e mortalidade por esquistossomose mansônica no Estado de Pernambuco, Brasil, 1999/2000. *Cadernos de Saúde Pública* 2005;21:1392-1401.
10. Branco MAF. Sistemas de informação em saúde no nível local. *Cadernos de Saúde Pública* 1996;12: 267-270.
11. Noronha CV, Barreto ML, Silva TM, Souza IM. Uma concepção popular sobre a esquistossomose mansônica: os modos de transmissão e prevenção na perspectiva de gênero. *Cadernos de Saúde Pública* 1995;11:106-117.
12. Gonçalves JF, Santana W, Barbosa CS, Coutinho A. Esquistossomose aguda, de caráter episódico, na Ilha de Itamaracá, Estado de Pernambuco. *Cadernos de Saúde Pública* 1991;7:424-425.
13. Barbosa CS, Domingues ALC, Abath F, Montenegro SML, Guida U, Carneiro J, et al. Epidemia de esquistossomose aguda na praia de Porto de Galinhas, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2001;17:725-728.
14. Araújo KC, Silva CR, Barbosa CS, Ferrari TCA. Clinical - epidemiological profile of children with schistosomal myeloradiculopathy attended at the Instituto Materno-Infantil de Pernambuco. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 2006;101:149-156.
15. Fundação Nacional de Saúde. Controle da esquistossomose: diretrizes técnicas. Brasília: FNS; 1998.
16. Favre TC, Pieri OS, Barbosa CS, Beck L. Avaliação das ações de controle da esquistossomose implementadas entre 1977 e 1996 na área endêmica de Pernambuco,

- Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2001;34(6):569-576.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças. Diário Oficial da União, Brasília, p.21, 16 dez. 1999. Seção 1.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 1/1996, no que diz respeito às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área da vigilância em saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p.58, 17 jun. 2004. Seção 1.
 19. Ministério da Saúde. Instrutivo PAVS [Internet]. Brasília: MS [acessado durante o ano de 2009 para informações de 2008]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/instrucoes_pavs_2008.pdf
 20. Ministério da saúde. Instrutivo PPI [Internet]. Brasília: MS [acessado em 2009 para informações de 2005]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/instrutivoppi2005.pdf>
 21. Andrade ZA. A Esquistossomose no Brasil após quase um século de pesquisa. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2002;35(5):509-513.
 22. Contrandipulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde. Dos modelos teóricos à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29–47.
 23. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública 1997;13(1):103-107.
 24. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Foundation 1966;44(3):166-206.
 25. Felisberto E. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDIPI) no Programa de Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999 [dissertação de Mestrado]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2001.
 26. Frias PG, Lira PIC, Hartz ZMA. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 151-205.
 27. Samico IC. Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no estado de Pernambuco [tese de Doutorado]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2003.
 28. Vuori H. A qualidade em saúde. Apud: Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. Divulgação em Saúde para Debate 2000;15-28.
 29. 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. Cadernos de Saúde Pública 2007;23(1):235-239.
 30. Brasil. Projeto de lei n. 7.703, de dezembro de 2006. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília: Congresso Nacional; 2006.

Recebido em 18/08/2008
Aprovado em 27/05/2009