



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO
TERRITORIAL E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

MIGUEL RODRIGUES DE ALMEIDA

***ESQUISTOSSOMOSE MANSONI* NO MUNICÍPIO DE SANTA
INÊS/BA: POLÍTICAS PÚBLICAS E FATORES ASSOCIADOS
À PREVALÊNCIA ENDÊMICA**

Salvador
2018

MIGUEL RODRIGUES DE ALMEIDA

***ESQUISTOSSOMOSE MANSONI* NO MUNICÍPIO DE SANTA
INÊS/BA: POLÍTICAS PÚBLICAS E FATORES ASSOCIADOS
À PREVALÊNCIA ENDÊMICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social da Universidade Católica do Salvador, para obtenção do título de Doutor em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social.

Orientador: Prof. Dr. Amilcar Baiardi

Salvador
2018

Ficha Catalográfica. UCSAL. Sistema de Bibliotecas

A447 Almeida, Miguel Rodrigues de
Esquistossomose Mansonii no município de Santa Inês/Ba: políticas públicas e
fatores associados à prevalência endêmica/ Miguel Rodrigues de Almeida . –
Salvador, 2018.
168 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Católica do Salvador. Superintendência
de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Planejamento Territorial e
Desenvolvimento Social.

Orientador: Prof. Dr. Amílcar Baiardi

1. Schistosoma Mansonii 3. Endemia 4. Saúde Pública I. Universidade
Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação II. Baiardi,
Amílcar – Orientador III. Título.

CDU 616.99(813.8)



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social

Doutorado em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social

TERMO DE APROVAÇÃO

MIGUEL RODRIGUES DE ALMEIDA

“ESQUISTOSSOMOSE MANSONI NO MUNÍCIPIO DE SANTA INÊS/BA: POLÍTICAS PÚBLICAS E FATORES ASSOCIADOS À PREVALÊNCIA ENDÊMICA”.

Tese aprovada como requisito final para obtenção do grau de Doutor em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social.

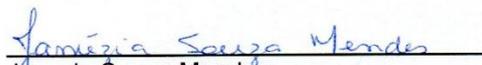
Salvador, 25 de janeiro de 2018

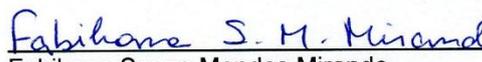
Banca Examinadora:


Amílcar Baiardi
Doutorado em Ciências Humanas Economia
Universidade Católica do Salvador


Raimundo Luiz Nunes Vaz da Silva
Doutorado em Ciência Animal nos Trópicos
Instituto Federal da Bahia


Henrique Tomé da Costa Mata
Doutorado em Economia Aplicada
Universidade Federal da Bahia


Januzia Souza Mendes
Doutorado em Ensino, Filosofia e História das Ciências
Universidade Estadual do Estado da Bahia


Fabihana Souza Mendes Miranda
Doutorado em Difusão do Conhecimento
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Aos meus pais, *in memoriam*, **Hélio** e **Nair**, pelos ensinamentos mais preciosos e significativos da minha existência, que serviram de alicerces na minha caminhada, na busca persistente para a realização dos meus sonhos e objetivos, dedico

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, que a cada dia tem o poder de renovar a minha fé e esperança por dias melhores, permitindo continuar lutando e superando minhas limitações. Muitas vezes parece ser impossível vencer, mas permite, com sua bondade e poder infinito, que eu alcance meus objetivos, tornando realidade tantos sonhos almejados.

Ao meu orientador, Professor Dr. Amilcar Baiardi, os meus agradecimentos especiais, pela competência, sabedoria e paciência com que conduziu todo o trabalho de orientação. A minha gratidão e consideração pelo seu valioso apoio e ensinamentos, tornando possível a realização deste sonho, possibilitando o meu crescimento como pessoa e aprendiz.

Aos professores Dra. Janúzia Souza Mendes, Dra. Fabihana Souza Mendes Miranda, Dr. Henrique Tomé da Costa Mata e Dr. Raimundo Luiz Nunes Vaz da Silva, pelas valiosas contribuições.

Ao professor Dr. Sylvio Bandeira de Mello, *in memoriam*, cuja dedicação, competência e simplicidade, exerceu com primazia e brilhantismo o cargo de Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social. O reconhecimento de seu mérito fica na minha memória e com certeza de tantos que tiveram o privilégio de maior convívio em sua trajetória profissional.

Aos professores do Doutorado, pela dedicação e relevantes ensinamentos durante o processo de formação.

À professora Dra. Lana Cláudia de Souza Fonseca (UFRRJ), orientadora do Mestrado, minha eterna gratidão e consideração, pelo apoio, ensinamentos e incentivo, uma das responsáveis, também, pelo meu crescimento e realização deste grande sonho.

Aos colegas do Doutorado, pela convivência, companheirismo, e rico aprendizado durante o processo de formação, especialmente ao amigo e colega de turma, Nilton de Santana dos Santos, com o qual compartilhei mais diretamente os estudos e a realização dos trabalhos, nessa trajetória de tantos desafios e perseverança, mas ao mesmo tempo muito edificante.

Ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social, pela oportunidade e apoio ao longo dessa trajetória.

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, pelas oportunidades de desenvolvimento pessoal e crescimento profissional.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pela bolsa concedida.

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Santa Inês/BA, que colaborou de

forma significativa para a realização desta pesquisa, representada, especialmente, pelos servidores Mariana Andrade de Paula, Maria Damiana Adorno Silva e Matos, Iracelma Santos de Lima e Ednaldo Oliveira Marques.

À Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), especificamente à Diretoria de Vigilância Epidemiológica DIVEP – SUVISA, pela importante colaboração.

À comunidade de Santa Inês/BA, especialmente aos respondentes dos questionários, pessoas simples e acolhedoras, que muito contribuíram para a realização deste trabalho, meus especiais agradecimentos.

À minha esposa Cléa e filhos Clara e Mateus, pelo amor, carinho, e dedicação, a razão da minha luta constante por dias melhores.

Aos meus irmãos João Batista, Jorge e Clara, meu reconhecimento pelo incentivo, especialmente minha irmã, a principal motivadora, tanto no processo de seleção do mestrado, quanto no doutorado, sempre presente nos momentos mais difíceis, mas também de alegria.

À Leninha, minha cunhada e irmã de consideração, pelo incentivo e acolhimento.

À Adélia, minha madrastra, e Cláudio, meu irmão mais novo, pelo valioso apoio e incentivo.

À Thaline Novaes Carneiro, colega de trabalho e amiga, que me incentivou a participar do processo de seleção do doutorado.

A José Roberto Noronha da Cruz, meu amigo, sempre à disposição para resolver os problemas de informática.

A Miguel Vilas Boas e família, pela amizade, onde muitas vezes se privou do convívio familiar e a atenção merecida.

A Hélio, meu amigo, e sua esposa Daniela, pelo incentivo.

A Ana Bandarra, minha amiga, e Bárbara Cristina, sua filha, pelo valioso apoio e incentivo.

A Clovis Vaz Sampaio Filho, professor do IF Baiano, amigo e colega de trabalho, por sua grande colaboração, disponibilizando seu tempo, para localizar, via GPS, os pontos principais de disseminação e infecção da esquistossomose no município de Santa Inês/BA.

A Álvaro Luiz de Almeida e Marileide Logrado, pela consideração e acolhimento no período em que permaneci no campo de pesquisa, em Santa Inês/BA.

À equipe técnica da Interativa Design e Editorial, em especial à Silvana Pereira e Jaqueline Santana, pelo valioso apoio para a formatação deste trabalho, conforme as normas técnicas vigentes.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

“...De tudo, ficaram três coisas:
a certeza de que estamos sempre recomeçando;
a certeza de que precisamos continuar;
a certeza de que seremos interrompidos antes de
terminar. Portanto, devemos fazer: da
interrupção, um caminho novo;
da queda, um passo de dança;
do medo, uma escada;
do sonho, uma ponte;
da procura, um encontro...”

Fernando Sabino

ALMEIDA, Miguel Rodrigues de. *Esquistossomose mansoni no município de Santa Inês/BA: Políticas Públicas e fatores associados à prevalência endêmica*. 2018. 168 p. Tese (Doutorado em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social) – Universidade Católica do Salvador - UCSAL, Salvador, 2018.

RESUMO

Com o objetivo de investigar e identificar os fatores associados à prevalência endêmica da *esquistossomose* no município de Santa Inês/BA, foi realizado este estudo, de natureza qualitativa, em função de seu viés sociológico. Assim, este estudo teve como parâmetros a pesquisa das políticas públicas de saúde, adotadas no Brasil, e pesquisa de campo por intermédio de questionários e entrevistas na área estudada. Foram realizadas pesquisas bibliográfica, exploratória/explicativa e de campo. Na pesquisa de campo, foram aplicados 10 (dez) questionários a acometidos pela esquistossomose, residentes no referido município, e realizadas 03 (três) entrevistas, sendo 01 (uma) com a Secretária municipal, gestora de Saúde e 2 (duas) com os únicos profissionais que atuam no PCE, para atender toda a demanda municipal. Os resultados indicaram que os fatores relacionados à prevalência endêmica, estão associados à fragilização da saúde na área estudada. Falta de pessoal de saúde para atender às demandas do PCE no município, infraestrutura deficiente, falta de material e de veículos para atender às atividades operacionais de rotina, inexistência de uma política de educação em saúde, carência de medicamentos, de informação para a população, inexistência de parcerias entre a Secretaria de Saúde e outros órgãos públicos, estão entre os principais fatores identificados, que contribuem para a prevalência endêmica da *Esquistossomose* no município de Santa Inês/BA.

Palavras-chave: *Schistosoma mansoni*. Endemia. Saúde Pública.

ALMEIDA, Miguel Rodrigues de. *Schistosomiasis mansoni* in the Santa Inês County/BA: **Public policies and factors associated with endemic prevalence.** 2018. 168 p. Thesis (Doctorate in Territorial Planning and Social Development) - Catholic University of Salvador - UCSAL, Salvador, 2018.

ABSTRACT

In order to investigate and identify the factors associated with the endemic prevalence of *schistosomiasis* in the of Santa Inês city / BA, this qualitative study was carried out in function of its sociological bias. Thus, this study had as parameters the research of the public policies of health, adopted in Brazil, and field research through questionnaires and interviews in the studied area. Bibliographic, exploratory / explanatory and field research were carried out. In the field survey, 10 (ten) questionnaires were applied to the *schistosomiasis* patients, living in referred county, and three (03) interviews were conducted, being one (1) the Municipal Secretary, Health Manager and two (2) with the only professionals working in the PCE, to meet all municipal demand. The results indicated that the factors related to the endemic prevalence, are associated to the weakening of health in the studied area. Shortage of health personnel to meet PCE demands in the municipality, poor infrastructure, lack of material and vehicles to attend to routine operational activities, lack of a health educational policy, scarcity of medicines, lack of information for the population, lack of partnerships between the Department of Health and other public agencies, are among the main factors identified, contributing to the endemic prevalence of Schistosomiasis in the Santa Inês county/ BA.

Keywords: Schistosoma mansoni. Endemic. Public Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados territoriais e socioeconômicos do município de Santa Inês/BA	38
Quadro 2 - Evolução do IDHM e renda per capita – Santa Inês/BA (1991, 2000 e 2010)	50
Quadro 3 - Série histórica do PIB município de Santa Inês/BA e respectivo PIB per capita nos períodos 2010 a 2014	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Expansão da Esquistossomose no Brasil	31
Figura 2 - Vista espacial da Praça da Bandeira (centro da cidade de Santa Inês/BA)	37
Figura 3 - Localização geográfica de Santa Inês e municípios circunvizinhos.....	39
Figura 4 - Vale do Jiquiriçá e localização de Santa Inês/BA	40
Figura 5 - Fotografia da barragem municipal de Santa Inês, no leito do rio Jiquiriçá	41
Figura 6 - Pontos de disseminação da esquistossomose no município de Santa Inês/BA	42
Figura 7 - Hidrografia do município de Santa Inês/BA	44
Figura 8 - Fotografia do rio Jiquiriçá, trecho urbano da cidade de Santa Inês/BA	55
Figura 9 – Fluxograma da Metodologia	63
Figura 10 - Ciclo vital do <i>Schistosoma mansoni</i>	68
Figura 11 - Fluxograma da remessa de dados do Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose nas três esferas: municipal, estadual e federal.	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Série histórica de exames realizados, positivos, tratados e não tratados por esquistossomose no Estado da Bahia (2010 a 2016).....	26
Tabela 2 - Série histórica de óbitos por esquistossomose no Estado da Bahia (2012 a 2016).....	28
Tabela 3 - Série histórica de positivos por esquistossomose em Santa Inês/BA e municípios circunvizinhos	28
Tabela 4 - Série histórica taxas de urbanização no Brasil e Grandes Regiões (1940-2010)	32
Tabela 5 - Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária no município de Santa Inês/BA (1991, 2000 e 2010).....	53
Tabela 6 - Proporção de moradores por tipo de destino de lixo no município de Santa Inês/BA (1991, 2000 e 2010).....	55
Tabela 7 - Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água no município de Santa Inês/BA (1991, 2000 e 2010)	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Proporção dos grandes grupos etários na população Santa Inês (1991, 2000 e 2010).....	45
Gráfico 2 - Taxas mortalidade infantil no município de Santa Inês/BA (2008 a 2014).....	47
Gráfico 3 - Renda per capita domiciliar no município de Santa Inês/BA (1991, 2000 e 2010).....	48
Gráfico 4 - Proporção de pessoas com baixa renda (menor que meio salário mínimo), no município de Santa Inês/BA (1991, 2000, 2010)	49
Gráfico 5 - Demonstrativo do IDHM – Santa Inês/BA (1991, 2000 e 2010) em relação ao Brasil, estado da Bahia e aos municípios com maior e menor índices	50
Gráfico 6 - Composição do PIB, por atividade econômica, Santa Inês/BA (2014)	52
Gráfico 7 - Proporção de municípios com serviços de saneamento básico, por tipo de serviço, segundo as Grandes Regiões - 2000.....	107
Gráfico 8 - Fatores restritivos ao controle da esquistossomose no município de Santa Inês/BA	122
Gráfico 9 - Renda Familiar dos sujeitos acometidos por esquistossomose, residentes no município de Santa Inês/BA	131
Gráfico 10 - Grau de escolaridade dos acometidos pela Esquistossomose no município de Santa Inês/BA	132
Gráfico 11 - Acesso aos serviços sanitários	134
Gráfico 12 - Reincidência de contaminação por <i>S. mansoni</i> no município de Santa Inês/BA.....	135
Gráfico 13 - Conhecimento como se prevenir da esquistossomose	136
Gráfico 14 - Contato com coleções hídricas no município de Santa Inês/BA	137
Gráfico 15 - Avaliação do atendimento dos profissionais de saúde (PCE).....	138

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
DIEESE/BA	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos/BA
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DOS	Divisão da Organização Sanitária
EMBASA	Empresa Baiana de Águas e Saneamento S.A.
ES	Educação em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SF	Equipe Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GPS	Sistema de Posicionamento Global
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IF	Imunofluorescência
IFBAIANO	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social

LOS	Lei Orgânica de Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCE	Programa de Controle da Esquistossomose
PECE	Programa Especial de Controle da Esquistossomose
PSE	Programa de Saúde na Escola
PI	Proporção de Infectados
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRABRJ	Programa de Recuperação Ambiental da Bacia do rio Jiquiriçá
PSF	Programa Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RPOV	Reação periovular
SAA	Sistema de Abastecimento de Água
SDI	Supervisão de Disseminação de Informações
SEI	Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SETRE/BA	Secretaria do Trabalho, Emprego, Renda e Esporte do Estado da Bahia
SIDRA	Sistema IBGE de Recuperação Automática
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISAGUA	Sistema de Informação de Vigilância e Qualidade da Água
SISPCE	Sistema de Informação do PCE para áreas endêmicas
SM	Salário Mínimo

SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Território de Identidade
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VAB	Valor Agregado Bruto
VE	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	19
	INTRODUÇÃO	20
1	CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO SÓCIO-HISTÓRICO DA ESQUISTOSSOMOSE MANSONI: SUA INCIDÊNCIA NA BAHIA E ÁREA DE ESTUDO	23
1.1	ESQUISTOSSOMOSE MANSONI: ORIGEM E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA NO BRASIL.....	30
2	O MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA: CAMPO DA PESQUISA	36
2.1	HISTÓRICO DO MUNICÍPIO	36
2.2	ASPECTOS GEOGRÁFICOS: LOCALIZAÇÃO, VEGETAÇÃO, RELEVO E CLIMA	38
2.3	O RIO JQUIRIÇÁ E SUA CORRELAÇÃO COM A ESQUISTOSSOMOSE... 40	
2.4	BACIA HIDROGRÁFICA DO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA	43
2.5	A POPULAÇÃO: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS..44	
2.6	PROPORÇÃO DE MORADORES ATENDIDOS POR TIPOS DE INSTALAÇÃO SANITÁRIA, DESTINO DE LIXO E FORNECIMENTO DE ÁGUA NO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA (1991, 2000 E 2010)	53
3	METODOLOGIA	58
4	ASPECTOS BIOLÓGICOS E CICLO VITAL DO <i>SCHISTOSOMA MANSONI</i>	65
4.1	HOSPEDEIROS INTERMEDIÁRIOS: DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS MOLUSCOS DO GÊNERO BIOMPHALARIA	69
4.1.1	<i>Biomphalaria glabrata</i>	70
4.1.2	<i>Biomphalaria tenagophila</i>	72
4.1.3	<i>Biomphalaria straminea</i>	73
4.2	CONTROLE DOS HOSPEDEIROS INTERMEDIÁRIOS.....	74
4.3	FASES E SINTOMAS DA ESQUISTOSSOMOSE	76
4.3.1	Fase Aguda	77
4.3.2	Fase crônica	78
4.4	TRATAMENTO, PREVENÇÃO E ESTRATÉGIAS DE ELIMINAÇÃO DA ESQUISTOSSOMOSE: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DA MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA.....	79
5	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	91
5.1	A ESQUISTOSSOMOSE MANSONI NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	95
5.2	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE (SISPCE).....	98
5.3	A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	100

5.4	ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS E A REALIDADE NO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA EM RELAÇÃO AO CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE	109
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	122
6.1	INSUFICIÊNCIA DE PESSOAL	123
6.2	INFRAESTRUTURA DEFICITÁRIA E A FALTA DE VEÍCULOS PARA ATENDER ÀS ATIVIDADES DE ROTINA DO PCE.....	124
6.3	INEXISTÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A COMUNIDADE NÃO PARTICIPA, NEM COLABORA COM A PREVENÇÃO, TRATAMENTO E CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE	125
6.4	FALTA DE MATERIAL	128
6.5	FALTA DE TREINAMENTO/CAPACITAÇÃO DE PESSOAL E DE PARCERIAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	129
6.6	RENDA FAMILIAR DOS ACOMETIDOS PELA ESQUISTOSSOMOSE	131
6.7	GRAU DE ESCOLARIDADE DOS ACOMETIDOS PELA ESQUISTOSSOMOSE	132
6.8	ACESSO AOS SERVIÇOS SANITÁRIOS.....	133
6.9	A REINCIDÊNCIA DE CONTAMINAÇÃO POR <i>S. MANSONI</i>	135
6.10	CONHECIMENTO COMO SE PREVENIR DA ESQUISTOSSOMOSE	136
6.11	CONTATO DA POPULAÇÃO EM COLEÇÕES HÍDRICAS NO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA	137
6.12	AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (PCE)	138
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
	REFERÊNCIAS	143
	ANEXOS	151
	ANEXO A - (CARTA DE APRESENTAÇÃO DO DOUTORANDO À SECRETÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA)	151
	ANEXO B - (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO) .	152
	ANEXO C - (ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA COM A SECRETÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA, GESTORA DE SAÚDE PÚBLICA)	153
	ANEXO D - (ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA COM OS AGENTES DO PCE, MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA)	155
	ANEXO E - (QUESTIONÁRIO APLICADO À AMOSTRA DA POPULAÇÃO ACOMETIDA PELA ESQUISTOSSOMOSE NO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA).....	157
	ANEXO F - (RESPOSTAS DAS ENTREVISTAS E QUESTIONÁRIOS APLICADOS NO CAMPO DE PESQUISA)	159

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa, específica das Ciências Sociais, tem a finalidade de investigar os fatores associados à disseminação e prevalência endêmica da *Esquistossomose mansoni* no município de Santa Inês/BA, tendo como parâmetro o Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), adotado pelo Ministério da Saúde e sua execução sob a responsabilidade do município de Santa Inês/BA.

Este trabalho está estruturado numa sequência, conforme pode ser verificado no Sumário, com o propósito de facilitar ao leitor maior compreensão sobre os aspectos correlacionados ao objeto de estudo, cuja questão central norteadora busca responder, porque as políticas públicas de saúde não conseguem erradicar essa endemia no município de Santa Inês/BA.

Após os elementos pré-textuais, consta a Introdução, que contextualiza o objeto de estudo, demonstrando sua dimensão sociológica e a lacuna da pesquisa a ser preenchida. Em seguida, os seguintes capítulos: Capítulo 1 – Contextualizando o cenário sócio-histórico da esquistossomose mansoni e sua incidência na Bahia e área de estudo; Capítulo 2 – O município de Santa Inês: campo da pesquisa; Capítulo 3 – Metodologia; Capítulo 4 – Aspectos biológicos e ciclo vital do *Schistosoma mansoni*; Capítulo 5 – Políticas públicas de saúde no Brasil; Capítulo 6 – Resultados e discussão e, na sequência, as considerações finais, referências e anexos.

Essa abordagem está alinhada ao Programa de Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social e estabelece um diálogo com o estado da prevalência da esquistossomose no Brasil, especificamente no município de Santa Inês/BA.

INTRODUÇÃO

A Esquistossomose mansoni é uma doença endêmica parasitária, causada pelo agente etiológico do gênero *Schistosoma*, que vem causando grande impacto na saúde pública, afeta aproximadamente 200 milhões de pessoas e ameaça mais de 600 milhões de indivíduos nos países em desenvolvimento, representando um dos principais riscos para a saúde das populações, principalmente as mais carentes (BRASIL, 2014).

Embora seja um tema de origem remota, onde o caso mais antigo de Esquistossomose humana de que se tem notícia, foi identificado por imunodiagnose, em uma múmia de adolescente egípcio, infectado pelo *Schistosoma haematobium*, que viveu há mais de cinco mil anos (DEELDER et al., 1990), o tema ainda permanece recorrente na atualidade.

Mesmo com os avanços tecnológicos e científicos, e com a Medicina Moderna, a esquistossomose permanece, ao longo da história da humanidade, sendo um grave problema de saúde pública, não obstante a intervenção das políticas públicas de saúde.

Em escala mundial, 54 países são endêmicos por esquistossomose, onde nas Américas encontram-se áreas endêmicas, a exemplo do Brasil, Suriname, Venezuela e Ilhas do Caribe. Dentre esses países, o Brasil possui a maior área endêmica, com 19 estados da federação em processo de transmissão, principalmente nos estados do Nordeste, onde a Bahia é o segundo maior em área endêmica do país.

Com o total de 417 municípios, a esquistossomose está presente em 251 municípios do Estado, inclusive no município de Santa Inês/BA, eleito campo desta pesquisa, considerando que o autor, por força de seu trabalho, no *Campus* do Instituto Federal Baiano, com sede no referido município, teve a oportunidade de conhecer a realidade daquela comunidade, carente e sofrida, vítima dessa endemia, que agrava ainda mais sua condição de vida e saúde, sem perspectiva de solucionar esse grande problema de saúde pública.

A repercussão dos danos causados aos acometidos pela esquistossomose, especificamente no município de Santa Inês, recorte desta pesquisa, é injusta e inaceitável. Não há como dimensionar os sérios prejuízos de toda ordem, causados à população.

Essa grave realidade social com sérios danos à comunidade, gerou grande interesse pelo tema, convertendo-o em objeto desta pesquisa, emergindo a seguinte questão de estudo:

- Por que, há mais de um século da descoberta da *esquistossomose mansoni*, no Brasil, com tantos conhecimentos produzidos sobre a esquistossomose, as políticas públicas de saúde, com programas específicos, inclusive com campanhas de combate a essa endemia, não conseguem conter a expansão, nem promover a erradicação dessa doença, a exemplo do que acontece no município de Santa Inês/BA?

A partir dessa realidade, foi estabelecido um estudo de natureza sociológica, centrado nas Ciências Sociais, considerando que as condições concretas de vida são específicas de cada espaço¹ socialmente construído, que refletem diretamente no processo individual e coletivo de saúde-doença, devendo ser considerados os aspectos econômicos, sociais, culturais, e ambientais, em determinados ecossistemas, modificados pela intervenção humana (MINAYO, 2002).

A esquistossomose se manifesta não somente em função dos aspectos puramente biologicistas, pois depende também de um contexto socioespacial decorrente da própria ação humana, que age e interage entre si e com o meio ambiente.

O meio ambiente, por sua vez, sofre constantes transformações, numa perspectiva coletiva e integradora, em que o território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais, que resulta em condições particulares, inclusive quanto à produção de doenças. (BARCELLOS, et al., 2002).

Controlar e erradicar a esquistossomose requer políticas públicas efetivas e compromissadas para a redução das disparidades sociais.

Souza (2006) aponta que não existe na literatura pesquisada consenso sobre o melhor conceito ou definição de Políticas Públicas. Ao estabelecer uma revisão sobre os principais conceitos e modelos de formulação e análise de políticas públicas, a autora afirma que, diante das diversas definições e modelos, pode-se extrair e sintetizar seus elementos principais, e avançar conceitualmente. Dentre os listados, merece destacar os seguintes:

A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; a política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes (SOUZA, 2006, p. 36).

¹ O espaço é algo dinâmico e unitário, onde se reúnem materialidade e ação humana. É um conjunto indissociável de sistemas de objetos, naturais ou fabricados, e de sistemas de ações, deliberadas ou não. A cada época, novos objetos e novas ações vêm juntar-se às outras, modificando o todo, tanto formal quanto substancialmente (SANTOS; ELIAS, 2008).

Desse modo, as políticas públicas se materializam através de ações que devem atender ao interesse coletivo, com articulação em diversos níveis do poder público, tornando-se de grande importância o envolvimento e participação da sociedade nesse processo, sobretudo quando se trata de uma questão de saúde pública.

Nesse contexto, foi adotada, ao longo deste trabalho, uma abordagem que tem como parâmetro e fio condutor de estudo e discussão, o Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), enquanto políticas públicas definidas pelo Ministério da Saúde, sob a responsabilidade direta do poder executivo de Santa Inês/BA, representado pela Secretaria Municipal de Saúde, com a finalidade de atuar na prevenção, tratamento e controle da *esquistossomose mansoni*, no referido município.

Este trabalho foi realizado com o objetivo de investigar e identificar os fatores associados à prevalência endêmica da *esquistossomose mansoni* no município de Santa Inês/BA, numa perspectiva das políticas públicas de saúde.

1 CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO SÓCIO-HISTÓRICO DA ESQUISTOSSOMOSE MANSONI: SUA INCIDÊNCIA NA BAHIA E ÁREA DE ESTUDO

O primeiro registro da esquistossomose *mansoni* no Brasil ocorreu em 1908, quando o médico brasileiro, Pirajá da Silva, publicou na revista Brasil-Médico seu primeiro trabalho sobre a descoberta do parasito no Estado da Bahia, desencadeando, a partir daquele marco histórico, muitas pesquisas sobre tão importante tema, à proporção que a doença se propagava do litoral do Nordeste brasileiro para o interior do país (ANDRADE, 2002).

A partir de 1930 até o final da década de 1950, aumentou o número de trabalhos acadêmicos sobre a esquistossomose, com muitas publicações em revistas e teses de livre docência, havendo um crescimento exponencial de pesquisas sobre esse tema.

Andrade (2002) aponta, conforme levantamento realizado pelo Programa de Esquistossomose da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ que, no período de 1909 até 2000, foram realizados os seguintes trabalhos acadêmicos sobre a esquistossomose, com as respectivas modalidades: Mestrado – 371 dissertações; Doutorado – 180 teses; outros – 61, totalizando 612 trabalhos, com diferentes enfoques na área de saúde: Medicina Tropical (139), Hospedeiros intermediários (93), Imunologia (71), O Parasito - estudos experimentais (67), Bioquímica (57), Diagnóstico e terapêutica (46), Patologia (30), Epidemiologia (43), Parasitologia (37), O Parasito - usado como modelo (09).

Com a crescente quantidade de pesquisas, houve significativo avanço no campo do conhecimento, tanto sobre o ciclo biológico do parasito, quanto do diagnóstico e tratamento da doença, entretanto as políticas públicas de saúde não impediram sua expansão, prevalecendo essa endemia em muitos municípios brasileiros, a exemplo de Santa Inês/BA.

Nessa perspectiva, a FIOCRUZ, desde o início do século passado, vem se destacando e desenvolvendo pesquisas de grande magnitude em benefício da sociedade. Atualmente, em parceria com a empresa Orygen Biotecnologia S.A, está realizando estudos clínicos de uma vacina brasileira de última geração para esquistossomose, chamada Sm14.

Esta vacina está sendo produzida a partir de um antígeno, substância que estimula a produção de anticorpos, para evitar que o parasito, causador da doença, se instale no organismo humano ou que lhe cause danos.

Cabe destacar que o modelo epidemiológico da esquistossomose pode ser representado e compreendido pela conjunção e intersecção dos diferentes níveis de causalidade que determinam sua ocorrência, a partir dos fatores e eventos biológicos, ecológicos, ambientais, históricos e políticos (BARBOSA, et al., 2008).

Para a clínica médica, entretanto, a esquistossomose é definida como “doença” e possui causalidade etiológica, restrita ao modelo biológico de transmissão, ou seja, não considera os determinantes econômicos e socioculturais, limitando-se ao indivíduo, com base em exames parasitológicos, clínicos e laboratoriais.

A clínica médica é de grande importância, mas, por si só, não resolve esse grave problema de saúde pública, justamente porque o processo saúde-doença é de natureza sociológica, determinada por fatores interdependentes complexos e macroestruturais.

Segundo Coura-Filho (1994), a epidemiologia vem usando o paradigma descritivo, com enfoque unicausal (ambiental) e o explicativo, com enfoque multicausal, inclusive variáveis sociais (risco), baseadas em informações rígidas e descontextualizadas do seu processo histórico.

Com efeito, esses paradigmas não deram conta de alterar o processo de produção de doenças no Brasil, mas sim o agravamento do perfil clínico-epidemiológico.

Fica evidente que a (re)contaminação da esquistossomose ocorre num contexto complexo e multidimensional, condicionados pelos fatores bio-ecológico, sócio-ecológico e sócio-cultural, conforme explicitado por Loureiro (1989):

a) Bioecológico – dados pelas condições ambientais que proporcionam a existência de espécies de hospedeiro intermediário (caramujo do gênero *biomphalaria*), tais como solo, vegetação, condições de salinidade e ph da água, existência de predadores, etc. (PRENTICE, 1982 apud LOURENÇO, 1989, p. 130); b) Socioecológico – neste caso as características ambientais já se encontram modificadas pela ocupação do homem nos espaços sociais. Estas modificações incluem formas de coleção e armazenamento de água, tipo de habitação e localização em relação às coleções de água, formas de eliminação de dejetos, certas práticas agrícolas, etc.; c) Sócio-cultural – este nível condicionante difere dos anteriores, em função de sua ligação mais estreita com os aspectos supra-estruturais de representação social da doença. O conhecimento e percepções que os distintos grupos sociais têm sobre a esquistossomose interferem nas diferentes formas de exposição ou de prevenção da esquistossomose. Embora pouco estudado, este nível condicionante tem um importante significado social, na medida em que conforma o comportamento dos indivíduos e grupos sociais, que por sua vez pode levá-los a atitudes preventivas ou práticas que resultam em maior risco de adquirir a infecção por *S. mansoni*. (LAUREL, 1975, apud LOUREIRO, 1989, p. 130).

Os condicionantes de nível sócio-cultural são diferenciados e pouco estudados em relação aos níveis bio-ecológico e sócio-ecológico, justamente porque são de natureza subjetiva,

correlacionados ao modo de vida, aos costumes, à cultura, percepções e conhecimento acerca da esquistossomose. Esse aspecto é uma das questões essenciais para compreender porque o tratamento quimioterápico de forma isolada não consegue erradicar essa endemia.

Em síntese, são condicionantes que implicam no contato, ou não, dos indivíduos com a água infestada com cercarias (forma larval do parasito), e torna-se um dos fatores cruciais na infestação do homem com o *S. mansoni*, em cada espaço socialmente construído.

Fica evidente que ações isoladas, centradas apenas no fornecimento de medicamentos, visando a cura dos acometidos, não se consegue erradicar essa endemia, embora seja uma medida essencial para o tratamento e redução de casos graves.

Por outro lado, as condições de vida marcadas pelas desigualdades sociais têm estreita relação com o acesso aos bens e serviços essenciais que, por sua vez, implicam na qualidade de vida e na saúde², em seu sentido mais amplo, conforme definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), numa perspectiva mais ampliada, definida na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

As diretrizes técnicas de vigilância da esquistossomose mansoni, estabelecidas pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, mencionam a complexidade do mecanismo de transmissão e os múltiplos fatores condicionantes e determinantes da doença, inclusive apontando que o controle da *S. mansoni* depende de várias ações preventivas, conforme descritas a seguir:

a) diagnóstico precoce e tratamento oportuno; b) vigilância e controle dos hospedeiros intermediários; c) ações educativas em saúde; d) ações de saneamento para modificação das condições domiciliares e ambientais favoráveis à transmissão. (BRASIL, 2014, p. 15).

Essas ações se, de fato, implementadas, promoveriam resultados satisfatórios. O próprio instrumento normativo também reconhece que as ações “devem ser executadas de forma integrada como parte de um programa regular de controle” e complementa fundamentando, nos seguintes termos:

O controle duradouro e sustentável da esquistossomose depende da implantação de políticas públicas que melhorem as condições de vida das populações. Para tanto, os gestores municipais do Sistema Único de Saúde – SUS, responsáveis pela execução

² A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu documento de constituição, a saúde foi enunciada como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

das ações de vigilância e controle da esquistossomose, devem buscar, em articulação com outros setores governamentais, a melhoria de vida das populações, mediante ações de educação e de intervenção no meio ambiente. (BRASIL, 2014, p. 16).

Na Bahia, as localidades com prevalências³ mais elevadas dessa endemia são encontradas em municípios das bacias dos rios Paraguaçu, Jiquiriçá, Itapecuru, Contas e Jaguaribe.

A Tabela 1, abaixo, possibilita visualizar a série histórica de exames realizados no estado da Bahia, inclusive as quantidades, com respectivos percentuais de positividade, tratados e não tratados, demonstrando o elevado índice de positividade de esquistossomose no Estado.

Tabela 1 - Série histórica de exames realizados, positivos, tratados e não tratados por esquistossomose no Estado da Bahia (2010 a 2016)

Ano	Exames	Positivos	% positivos	Tratados	% tratados	Não tratados	% Não tratados
2016	39.985	1.110	2,8	857	77,2	253	22,8
2015	83.819	2.317	2,8	1.972	85,1	345	14,9
2014	106.318	3.574	3,4	2.810	78,6	764	21,4
2013	135.020	4.023	3,0	3.466	86,2	557	13,8
2012	172.929	6.634	3,8	5.224	78,7	1410	21,3
2011	249.831	8.059	3,2	6.764	83,9	1295	16,1
2010	274.913	11.121	4,0	9.123	82,0	1998	18,0

Fonte: SESAB/SISPCE (Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose). Dados coletados até 30/11/2017.

Como se verifica na tabela acima, em 2016 houve uma significativa supressão de exames realizados, em relação aos anos anteriores. Analisando a quantidade de exames em 2016, constata-se que houve uma supressão equivalente a mais que 50%, em relação ao ano de 2015. Esse percentual de redução se acentua ainda mais, quando se compara com os anos de 2010 a 2014.

³ Prevalência de infecção esquistossomótica é o número de pessoas com esquistossomose na população, em um determinado período de tempo (preferencialmente um ano) dividido pelo número de pessoas nesta mesma população, no mesmo período de tempo. O cálculo da prevalência só pode ser feito após a investigação de toda a população sob risco ou em amostras representativas desta. A prevalência é a razão entre a população com esquistossomose em um ano x 100 pelo total da população em risco. (BRASIL, 2014, p. 113).

Na realidade houve uma redução teórica do número de casos positivos por esquistossomose no Estado da Bahia, considerando que o número de pessoas positivas foi proporcional ao número de exames realizados.

Nessa lógica, quanto menor a quantidade de exames, menor a probabilidade para identificar os casos positivos.

Percebe-se que dos 83.819 exames realizados em 2015, foram diagnosticados 2.317 positivos; em 2016, com 39.985 exames, foram diagnosticados 1.110 positivos.

Verifica-se, ainda, que o percentual de pessoas não tratadas aumentou consideravelmente entre os anos de 2015 e 2016, ou seja, de 14,9%, em 2015, aumentou para 22,8% em 2016, ultrapassando a média histórica dos últimos seis anos de pessoas não tratadas.

Esse quadro sinaliza uma redução das atividades do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) no estado da Bahia, onde o aumento do número de pessoas sem tratamento, fortalece a incidência da esquistossomose, com maior probabilidade de disseminação dessa endemia, e sobretudo o agravamento do quadro clínico desses indivíduos em função dos estágios avançados da doença.

No município de Santa Inês, campo da pesquisa, os fatores associados a prevalência endêmica, identificados neste estudo, que restringem o desempenho das atividades do PCE, para atender à demanda do município, é uma das principais causas da elevada redução de exames realizados no estado da Bahia, inclusive o acréscimo do percentual de pessoas não tratadas.

Foi verificado no município de Santa Inês/BA, que os ciclos de exames coproscópicos previstos não são executados, portanto as metas previamente estabelecidas pelo PCE não são alcançadas.

Dias e Matos (2012), ao abordar sobre o processo de elaboração e implementação de políticas públicas, apontam que as prioridades, objetivos e metas a serem alcançadas constituem a “espinha dorsal” de uma política pública, em seu aspecto mais concreto.

Desse modo, os autores associam as políticas públicas “como ferramentas utilizadas pelo Estado para exercer suas funções públicas no atendimento de demandas sociais e solução de problemas que afetam a coletividade” (DIAS; MATOS, 2012, p.61).

Mencionam ainda, que a capacidade de intervenção das políticas públicas para alcançar suas metas é fator primordial para que as políticas públicas se tornem efetivas e eficazes.

No caso específico do Programa de Controle da Esquistossomose, diante da redução do

número de exames realizados, fica evidenciada a reduzida capacidade de intervenção dessas políticas, que têm a finalidade de promover a prevenção, tratamento e controle dessa endemia.

Na Tabela 2, a seguir, consta a série histórica da população do estado da Bahia e os números de óbitos por esquistossomose, no período de 2012 a 2016.

Tabela 2 - Série histórica de óbitos por esquistossomose no Estado da Bahia (2012 a 2016)

Ano	População	Óbitos	Taxa/100.000 hab
2016	15.276.566	52	0,34
2015	15.203.934	64	0,42
2014	15.126.371	62	0,41
2013	15.044.137	61	0,41
2012	14.175.341	62	0,44

Fonte: SESAB/SIM

A série histórica de óbitos no estado da Bahia se manteve constante no período de 2012 a 2014, ocorrendo uma pequena elevação em 2015. No ano de 2016 atingiu o menor índice da série, com 52 óbitos. Esses dados indicam a persistência de condições relacionadas à dinâmica da transmissão da infecção no estado da Bahia.

Em relação aos dados epidemiológicos do município de Santa Inês/BA, a Tabela 3, a seguir, apresenta a série histórica oficial de indivíduos positivos, inclusive dos municípios circunvizinhos, no período 2011 a 2016.

Tabela 3 - Série histórica de positivos por esquistossomose em Santa Inês/BA e municípios circunvizinhos

Município/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Santa Inês	73	68	64	43	48	25
Cravolândia	–	–	–	–	–	–
Irajuba	–	–	–	–	–	–
Jaguaquara	7	1	136	126	153	27
Nova Itarana	0	0	55	1	0	0
Brejões	5	57	60	27	3	41
Ubaíra	546	748	338	709	338	208

Fonte: SESAB/SISPCE

Esses dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), extraídos do Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (SISPCE), demonstram uma grande desproporção entre os números de casos positivos em cada ano, ao longo da série histórica apresentada.

Essa disparidade pode ser verificada, a exemplo do município de Jaguaquara, onde no ano de 2012 foi identificado apenas um caso positivo. Em contrapartida, em 2013 foram identificados 136 casos de esquistossomose.

Essa desproporção de um ano para o outro, diverge das características endêmicas por esquistossomose, que geralmente apresenta um quadro endêmico estável, a curto prazo.

O Ministério da Saúde reconhece que a interrupção da transmissão da esquistossomose demanda tempo, “pode requerer mais de 20 anos, com cooperação intersetorial até que a eliminação seja conseguida”, através de um trabalho de vigilância e de intervenção sistemática, com busca ativa de casos, mediante métodos de diagnóstico coproscópicos, sorológicos e tratamento preventivo coletivo (BRASIL, 2014, p. 91).

Na década de 1950 a esquistossomose já estava sendo um problema de saúde pública em Santa Inês/BA e municípios circunvizinhos, cabendo destacar a assertiva abaixo, *ipsis literis*:

É prestada à população pelo Pôsto Correspondente de Saúde, mantido pelo Governo do Estado, e pelo Pôsto de Puericultura "Martagão Gesteira", mantido pela Associação de Proteção à Maternidade e à Infância. O município é sede do Setor n.º 7 do Departamento Nacional de Endemias Rurais, que mantém um pôsto especializado de combate à "esquistossomose", com jurisdição sobre os municípios de Santa Inês, Amargosa, Brejões, Itaquara, Itiruçu, Jaguaquara, Jiquiriçá, Laje, Mutuípe, São Miguel das Matas e Ubaíra. Exercem profissão no município 4 médicos, 3 dentistas, 1 farmacêutico, 1 enfermeiro e 3 guardas do Serviço de Profilaxia Rural, do Pôsto de Esquistossomose. Funcionam 2 farmácias. (FERREIRA, 1958, p. 278).

Verifica-se que a esquistossomose está presente em Santa Inês/BA e municípios circunvizinhos há mais de setenta anos.

Observa-se ainda, que na Tabela 3, em relação aos municípios de Cravolândia e Irajuba, não constam registros de nenhum caso positivo por esquistossomose ao longo do período sob análise (2011 a 2016), o que indica, teoricamente, que esses municípios são indenes, mas na realidade são endêmicos por esquistossomose.

No município de Santa Inês, campo da pesquisa, foi constatado que os ciclos de exames coproscópicos, para o diagnóstico, tratamento e prevenção da esquistossomose, são

frequentemente interrompidos em função de fatores restritivos das políticas de controle e tratamento, conforme identificados na pesquisa de campo, e discutidos neste estudo.

Com efeito, os casos positivos da esquistossomose são subnotificados, considerando que não ocorre o devido diagnóstico da doença. Desse modo, os dados oficiais não refletem a situação real do quadro endêmico do município de Santa Inês/BA e, conseqüentemente, do Estado da Bahia.

1.1 ESQUISTOSSOMOSE MANSONI: ORIGEM E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA NO BRASIL

A maioria dos autores defendem a origem africana da doença, indicando que a esquistossomose foi introduzida no Brasil, no período colonial, em meados do século XVI, através do tráfico de escravos infestados com a doença, trazidos da África, para trabalharem nas lavouras de cana-de-açúcar, oriundos, principalmente, da costa da Guiné, Angola, Moçambique e antigo Congo.

Desembarcados nos portos de Salvador e Recife, a doença se instalou, inicialmente, nas áreas litorâneas do nordeste brasileiro, cujas condições socioambientais favoreceram o completo ciclo evolutivo do parasito.

Com a presença de moluscos, hospedeiros intermediários do *S. mansoni* no meio ambiente, e demais fatores bio-ecológicas que favoreceram a disseminação da esquistossomose, esta estabeleceu-se acompanhando os sucessivos fluxos migratórios internos, ao longo do tempo, a exemplo do ciclo da cana-de-açúcar, criação de gado e descobertas de jazidas auríferas.

No século XVII, com os movimentos migratórios para explorar a criação de gado no interior dos Estados da Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Alagoas, Sergipe e Bahia, com o objetivo de abastecer o mercado interno, diante da crescente colonização e expansão do cultivo da cana-de-açúcar no litoral nordestino, a endemia se expandiu para o interior do território brasileiro (SOUZA, 1980).

Na região norte do país, a esquistossomose foi introduzida em função dos fluxos migratórios para a exploração do látex, no período de 1870 a 1910, ápice da produção de borracha, com elevado número de nordestinos que migraram para Amazônia.

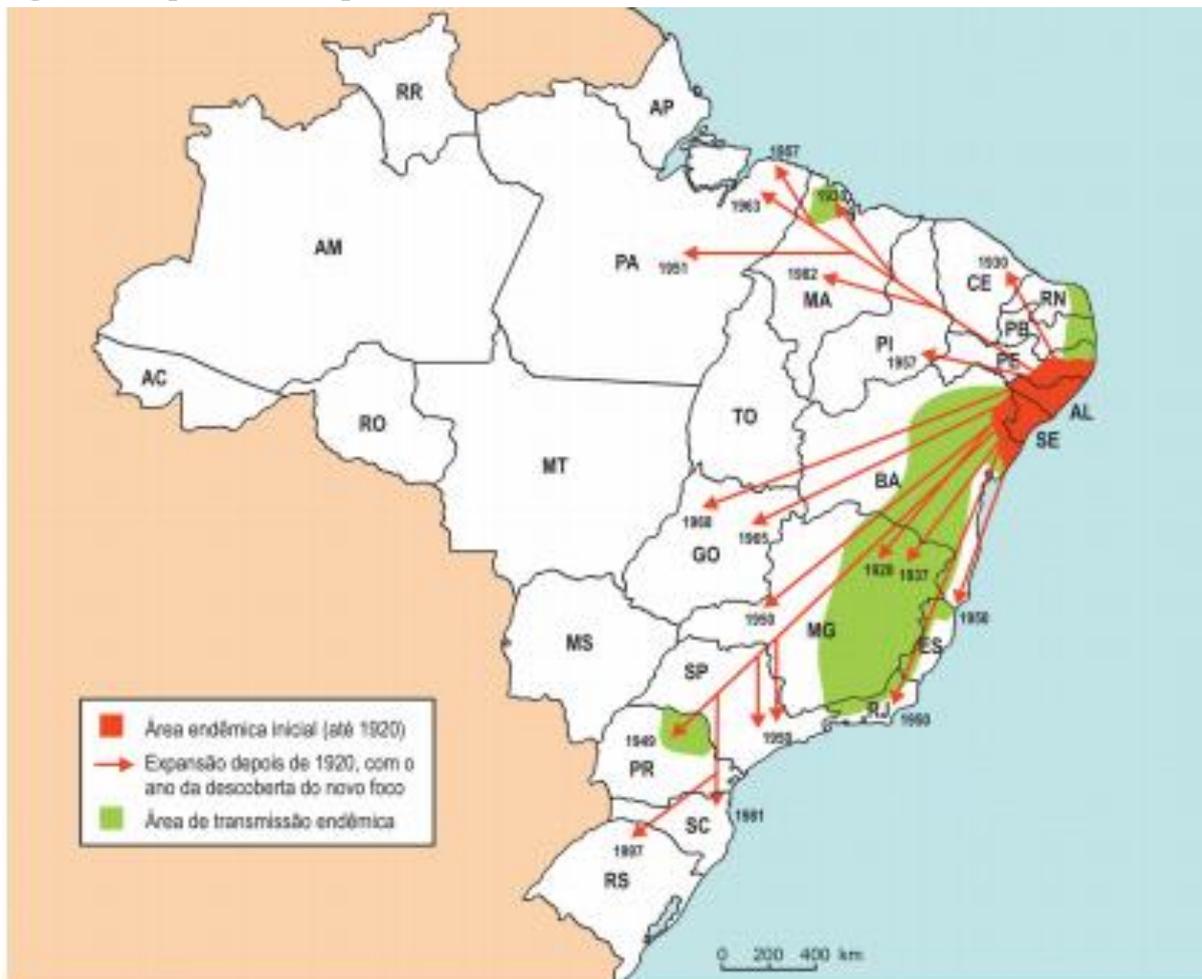
No final da década de 1940 são identificados os primeiros focos de transmissão autóctone no Pará (FREITAS, 1972).

Cabe mencionar, que na região Amazônica, em relação ao hospedeiro intermediário do gênero *Biomphalaria*, imprescindível para a ocorrência do ciclo vital do *Schistosoma mansoni*, existe apenas uma espécie de molusco, a *Biomphalaria straminea*, conforme abordagem da distribuição espacial dessa espécie, apresentada em tópico específica, segundo Carvalho, et al. (2008).

A expansão da esquistossomose acompanhou o ritmo dos sucessivos ciclos econômicos. Assim, com o declínio do ciclo da cana-de-açúcar, no século XVIII, iniciou-se novo ciclo econômico: do ouro e diamante.

O mapa a seguir (Figura 1), representa a expansão da esquistossomose no Brasil, em diferentes períodos, a partir da introdução da doença no litoral nordestino brasileiro.

Figura 1 - Expansão da Esquistossomose no Brasil



Fonte: BRASIL, MS., 2014

Houve, então, intenso fluxo migratório de infestados com o *S. mansoni* para o interior do Estado de Minas Gerais, alcançando mais um território, vítima dessa grave endemia, que perdura até os dias atuais.

Fica evidenciado que os fluxos migratórios, historicamente determinados pelos ciclos econômicos, desde o período colonial, vem desenhando a conformação da atual distribuição geográfica da esquistossomose no país.

A partir do século XX, mais especificamente no início da década de 1930, com o declínio da exportação do café, foi incentivado pelo Governo Vargas o processo de industrialização no Brasil, com aproximadamente um século de atraso em relação à Revolução Industrial, ocorrida em meados do século XVIII, na Inglaterra, e demais países da Europa.

Esse novo cenário socioeconômico brasileiro, implicou num crescente êxodo rural e, conseqüentemente, num desordenado processo de urbanização, formando aglomerados populacionais nas periferias das grandes cidades (BINA, 1976).

Conforme pode ser verificado na Tabela abaixo, até 1960 ainda predominava maior contingente da população na zona rural, com exceção da região Sudeste que, naquele período, predominava uma população urbana, com uma taxa de 57%.

O fenômeno crescente da urbanização, decorrente do êxodo rural, tornou-se mais acentuado a partir de 1960, principalmente direcionados para a região Sudeste, considerada uma das regiões com maior concentração de atividades econômicas do país. A Tabela 4, a seguir, consta a série histórica das taxas de urbanização no Brasil e grandes regiões, no período de 1940 a 2010, fenômeno que inverteu a trajetória da doença, da zona rural para a urbana.

Tabela 4 - Série histórica taxas de urbanização no Brasil e Grandes Regiões (1940-2010)

	Taxa de urbanização							
Brasil e Grandes Regiões	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010
Brasil	31,24	36,16	44,67	55,92	67,59	75,59	81,23	84,36
Norte	27,75	31,49	37,38	45,13	51,65	59,05	69,83	73,53
Nordeste	23,42	26,4	33,89	41,81	50,46	60,65	69,04	73,13
Sudeste	39,42	47,55	57	72,68	82,81	88,02	90,52	92,95
Sul	27,73	29,5	37,1	44,27	62,41	74,12	80,94	84,93
Centro Oeste	21,52	24,38	34,22	48,04	67,79	81,28	86,73	88,80

Fonte: <https://seriesestatisticas.ibge.gov.br>

Conforme se verifica na Tabela 4, houve um crescente processo de urbanização no Brasil, com maior intensidade a partir da década de 1960, conseqüentemente modificando o

perfil de um país eminentemente rural, para urbano, em que mais de 80% da população brasileira reside em áreas urbanas.

O resultado dessa dinâmica populacional implicou em maior demanda por serviços públicos de saúde, educação, saneamento básico, segurança, dentre outros, que não atendem à população de forma plena, onde as populações que residem nas periferias das cidades são as mais prejudicadas.

Esses novos espaços urbanos, ocupados por populações de baixa renda, sem infraestrutura, nem saneamento básico, com precários sistemas de fornecimento de água e esgotamento sanitário, refletem a péssima qualidade de vida dessas populações, tornando-se ambientes favoráveis para a formação e expansão de novos focos de esquistossomose (KATZ; PEIXOTO, 2000).

A ampla e contínua expansão da esquistossomose em decorrência dos fluxos migratórios, depende, necessariamente, das condições favoráveis do meio ambiente, bem como da presença dos hospedeiros intermediários, os moluscos do gênero *Biomphalaria*, que infestados pelo parasito na forma larval (miracídios), possibilitam a continuidade das demais fases do ciclo vital e assim a disseminação e prevalência da endemia.

Dessa forma, a distribuição geográfica desses moluscos no meio ambiente configura os espaços onde pode ocorrer a transmissão da doença, seja em ambientes naturais (riachos e brejos), seja em ambientes modificados pelo homem, como por exemplo canais de abastecimento, reservatórios de água para consumo e lazer, bem como valas de irrigação e bueiros (REY, 2000).

Os principais fluxos migratórios internos, promoveram, com o passar do tempo, focos autóctones, na grande maioria dos casos. Essa situação pode ser atribuída ao inquérito realizado tardiamente, após um período de mais de meio século, dos primeiros casos identificados da doença, em 1908, por Pirajá da Silva. Desse modo, a endemia já estava expandida e estabelecida em grande área territorial, compreendendo as diversas regiões do país.

Chieffi e Waldman (1988), apontam que essa discrepância pode ser explicada por dois motivos: somente no começo do século XX a Esquistossomose mansoni foi individualizada como entidade mórbida bem definida, com o estudo dos primeiros casos; mas os focos autóctones foram identificados, na maioria das vezes, no momento em que a parasitose se tornou problema de saúde pública.

Com efeito, essa grande lacuna temporal entre a introdução da doença no Brasil e adoção de políticas de controle da endemia, facilitou sua propagação e expansão socioespacial, tornando-se um quadro endêmico generalizado e de maior gravidade no cenário da saúde pública brasileira.

O mapa (Figura 1) indica as vias de expansão da endemia esquistossomótica no Brasil, associada aos eventos de nossa história política e econômica, que determinaram os grandes movimentos migratórios internos.

O Ministério da Saúde reconhece que “a esquistossomose se expandiu amplamente no país, em função de movimentos migratórios em direção às áreas com precárias condições de saneamento básico”. Além disso, a propagação da doença foi e continua sendo facilitada pelos seguintes fatores:

- A longevidade dos vermes adultos, mesmo com vida média de cinco a oito anos, podem chegar a décadas;
- A grande capacidade de postura das fêmeas, com média de 300 ovos por dia;
- A existência de portadores que, mesmo quando afastados dos focos de transmissão, são capazes de continuar excretando ovos por mais de 20 anos;
- O caráter crônico da doença, que faz com que frequentemente os pacientes não busquem tratamento;
- A ampla distribuição dos hospedeiros intermediários;
- A facilidade de contrair a infecção;
- A precariedade do saneamento nas áreas rurais e na periferia das cidades, possibilitando a contaminação das coleções hídricas, amplamente utilizadas pela população mais pobre (BRASIL, 2014, p. 15)

Nesse contexto, as políticas públicas de saúde, tardias e de natureza paliativa, baseadas praticamente na quimioterapia, não estão sendo suficientes para conter a expansão dessa endemia, uma vez que os indivíduos são tratados, mas continuam mantendo contato com coleções hídricas infestadas por cercarias (fase larval do parasito).

Diante da situação descrita, mediante a fragilidade das políticas públicas, associadas aos fatores comportamentais e culturais da população, ocorre, então, a (re)infestação com o parasito, favorecida por outras variáveis, tais como: as modificações antrópicas dos ecossistemas; a ampla distribuição dos hospedeiros intermediários; a precariedade de educação em saúde e ambiental e as peculiaridades culturais relativas aos hábitos e costumes das populações acometidas por essa parasitose (COURA FILHO, 1994).

Assim, numa visão ampliada em relação ao fenômeno dessa endemia e seu processo de propagação, pode-se afirmar que é um fenômeno complexo, analogicamente aos seguintes termos, conforme Morin, 2007:

Complexus significa o que foi tecido junto; de fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade. (MORIN, 2007, p. 38).

Nesse sentido, não há como desvincular os aspectos acima apresentados, senão num misto de fatores diferenciados, que são ao mesmo tempo interdependentes e fazem parte do todo (o contexto social), onde ocorre o fenômeno endêmico.

Tal complexidade implica, conseqüentemente, em grande dificuldade para o controle da doença, que se expandiu praticamente em todo o território nacional, sobretudo quando prevalece tantas desigualdades sociais, de natureza conjuntural, devendo ainda considerar:

(1) Os processos históricos que possibilitaram a transferência da esquistossomose da África para o Brasil; (2) Os processos estruturais que condicionam a sua endemização e determinam a sua distribuição desigual em diferentes grupos sociais; (3) O processo político da participação social, na definição da prioridade para o controle da esquistossomose e nas atividades específicas dos programas. (LOUREIRO, 1989, p. 26).

2 O MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA: CAMPO DA PESQUISA

2.1 HISTÓRICO DO MUNICÍPIO

O histórico do município descrito na Enciclopédia dos Municípios Brasileiros é apontado por Ferreira (1958), que a primeira iniciativa de ocupação do espaço onde está situada a sede do município de Santa Inês, foi feita por dois genros de Francisco de Sousa Feio, que residiam na sesmaria de propriedade do mesmo, localizadas na atual cidade de Ubaíra, os quais “fazendo exploração além dos limites conhecidos, foram fixar residência num lugar que originou a atual Santa Inês.” (FERREIRA, 1958, p. 277).

Em 1824, com uma grande seca que se prolongou por três anos, os genros de Francisco de Sousa Feio, Pedro da Costa Avelar e Vicente Ferreira de Sousa, abandonaram o arraial e voltaram ao ponto de partida.

Foi então, que Luís Teófilo Rodrigues, adquirindo uma faixa de terras incluindo o local da antiga povoação, fez construir diversas casas de telhas, ampliou a antiga capela de Santa Inês, renascendo o arraial que viria ser transformado na cidade de Santa Inês/BA.

O distrito de Santa Inês foi criado pela Lei estadual nº 251, de 17 de junho de 1898, figurando nos quadros de apuração do recenseamento de 1920, subordinado ao município de Areia (atual Ubaíra).

Por força da Lei estadual nº 1.714, de 22 de julho de 1924, aquele distrito foi transformado no município de Santa Inês, ocorrendo sua instalação em 26 de outubro do mesmo ano. A sede recebeu foros de cidade pela Lei estadual nº 1.944, de 18 de maio de 1927.

O município é sede da paróquia de Santa Inês, fundada em 1939 e subordinada à diocese de Amargosa. Os naturais de Santa Inês são chamados “santinesenses”.

Em relação aos aspectos culturais, ocorre anualmente na cidade a festa em homenagem à Santa Inês, padroeira da cidade, no dia 21 de janeiro, com procissões e outras solenidades religiosas, com a participação da comunidade. Por ocasião das festas de Natal e Reis são armados presepes e sai à rua o "bumba-meu-boi".

A cidade, sede do município, está localizada num amplo vale banhado pelo rio Jiquiriçá, atualmente muito poluído. Tem como principal logradouro a Praça da Bandeira, onde estão localizados a Prefeitura, lojas comerciais, cartórios e a igreja matriz, conforme Figura 2, a seguir.

Figura 2 - Vista espacial da Praça da Bandeira (centro da cidade de Santa Inês/BA)



Fonte: IBGE, (s.d.)

Segundo as divisões territoriais de 1936 e 1937, inclusive constando no quadro anexo ao Decreto-Lei estadual nº 10.724, de 30 de março de 1938, o município de Santa Inês passa a ser constituído por três distritos: Santa Inês, Olhos d'Água e Lagoa Queimada, permanecendo em vigor o mesmo quadro administrativo territorial no quinquênio 1939-1943, por força do Decreto estadual nº 11.039, de 30 de novembro de 1938, no qual o distrito de Olhos d'Água aparece com nova denominação: Igatiquira.

Com a edição do Decreto-Lei estadual nº 141, de 31 de dezembro de 1943, que fixou o quadro territorial para vigorar no quinquênio 1944-1948, o município de Itaquara foi extinto e seu território anexado como distrito ao município de Santa Inês.

Santa Inês passou a figurar com quatro distritos: Santa Inês, Igatiquira, Irajuba (ex-Lagoa Queimada) e Itaquara. Entretanto, o Decreto estadual nº 12.978, de 01 de junho de 1944, que retificou o Decreto-lei estadual nº 141, restaurou o município de Itaquara, voltando Santa Inês a possuir três distritos.

No decorrer de sua história, Santa Inês teve seu território desmembrado para formar os municípios de Itaquara (1926), Irajuba e Cravolândia, em 1962.

O distrito de Igatiquira foi elevado à categoria de município, denominado Cravolândia, e o de Irajuba, também, mas com o mesmo nome, nos seguintes termos:

Pela lei estadual nº 1714, de 16-07-1962, desmembra do município de Santa Inês o distrito de Igatiquira. Elevado à categoria de município com a denominação de Cravolândia. Pela lei estadual nº 1717, de 16-07-1962, desmembra do município de Santa Inês o distrito de Irajuba. Elevado à categoria de município. (IBGE, s. d., p. 1,).

Segue abaixo o Quadro 1, referente aos dados territoriais e socioeconômicos do município.

Quadro 1 - Dados territoriais e socioeconômicos do município de Santa Inês/BA

<i>UNIDADE TERRITORIAL IBGE/SIDRA</i>	<i>2927903 – SANTA INÊS (BA)</i>
GRANDE REGIÃO	NORDESTE
UNIDADE DA FEDERAÇÃO	BAHIA
MESORREGIÃO GEOGRÁFICA	CENTRO SUL BAIANO
MICRORREGIÃO GEOGRÁFICA	JEQUIÉ
ÁREA TERRITORIAL	379.271 Km ²
SEMIÁRIODO DAS UF	SEMIÁRIDO DA BAHIA
POPULAÇÃO ABSOLUTA (Censo/2010)	10.363
POPULAÇÃO URBANA	9.513
POPULAÇÃO RURAL	850
DENSIDADE DEMOGRÁFICA (2010)	32,83 hab/Km ²
GRAU DE URBANIZAÇÃO	71%
ESGOTAMENTO SANITÁRIO ADEQUADO	66,5%
IDHM (2010)	0,574
PIB PER CAPITA (R\$)	5.099,41

Fonte: IBGE; SIDRA – <https://sidra.ibge.gov.br/territorio>

2.2 ASPECTOS GEOGRÁFICOS: LOCALIZAÇÃO, VEGETAÇÃO, RELEVO E CLIMA

O município de Santa Inês/BA possui uma área de 379.271 Km², localizado no Vale do Jiquiriçá, na região sudoeste da Bahia, a 300 km da capital do estado, mais precisamente na região fisiográfica de Jequié. A rodovia BA-120 é a principal via de acesso ao município (FERREIRA, 1958; SEI, 2011).

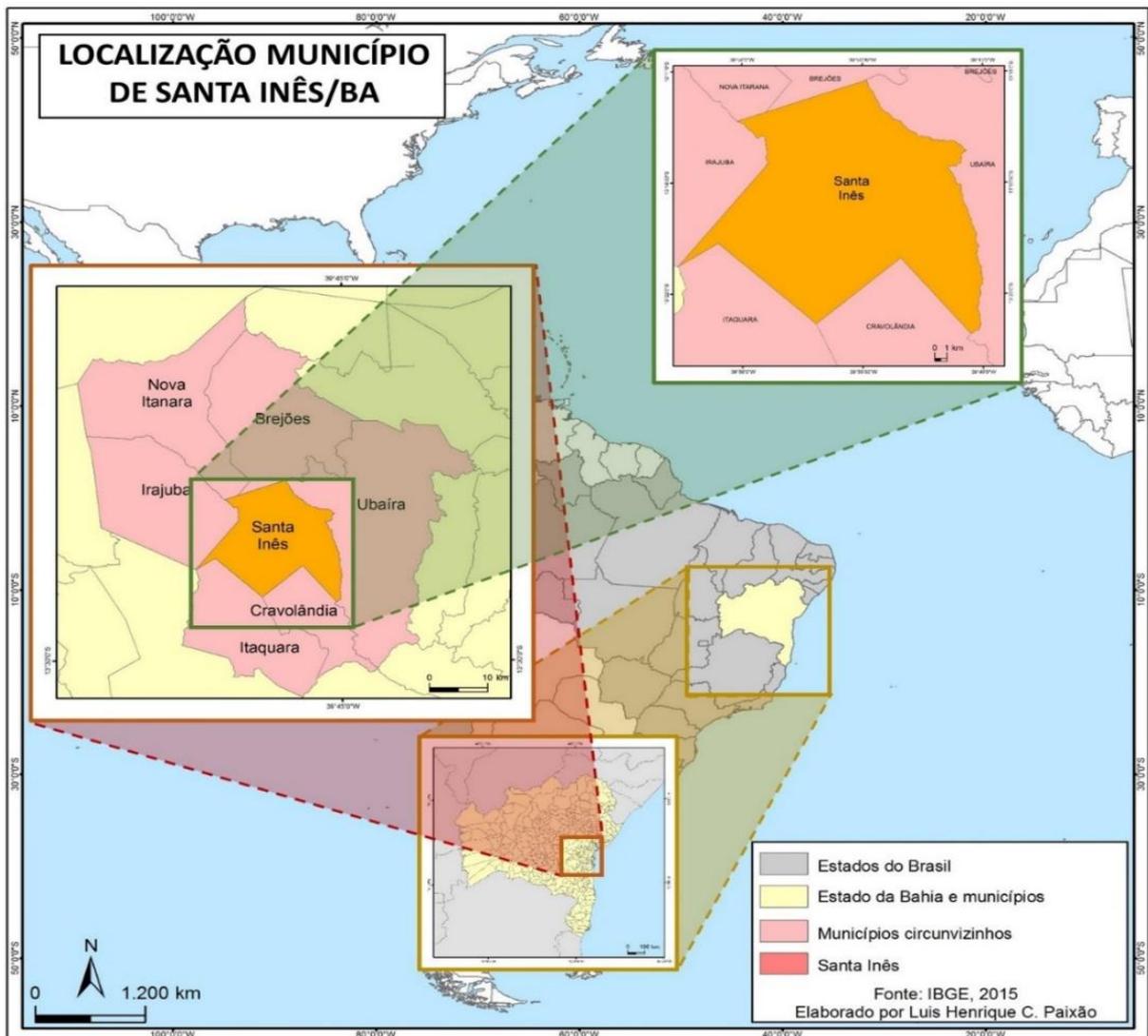
Está parcialmente incluído no polígono das secas, onde parte do bioma é denominado caatinga e a outra, Mata Atlântica (FERREIRA, 1958).

O relevo é constituído por serras marginais, planalto dos gerazinhos e maciço central, onde estão presentes as serras do Salgado, Piabanha, Riachão e Palmeira. Os tipos de solo

encontrados são os latossolos vermelho-amarelo distrofico, podosolico vermelho-amarelo eutrófico, latossolo vermelho-amarelo alio, planossolo solódico eutrófico, com aptidão agrícola das terras regulares para lavouras e pastagens.

Faz divisa com os seguintes municípios: ao norte Brejões, ao sul Cravolândia, ao leste Ubaitira, e ao oeste Irajuba (IBGE, s.d.), conforme podem ser visualizados no mapa abaixo.

Figura 3 - Localização geográfica de Santa Inês e municípios circunvizinhos



Fonte: IBGE, 2015.

A temperatura média anual do município de Santa Inês é de 22,8°C (máxima de 27,7°C e mínima de 18,8°C), com períodos chuvosos nos meses de novembro a janeiro. A pluviosidade média anual de 628 mm, e mínima de 328 mm. Suas coordenadas geográficas são 13°20'30" de latitude sul e 39°49'20" de longitude oeste.

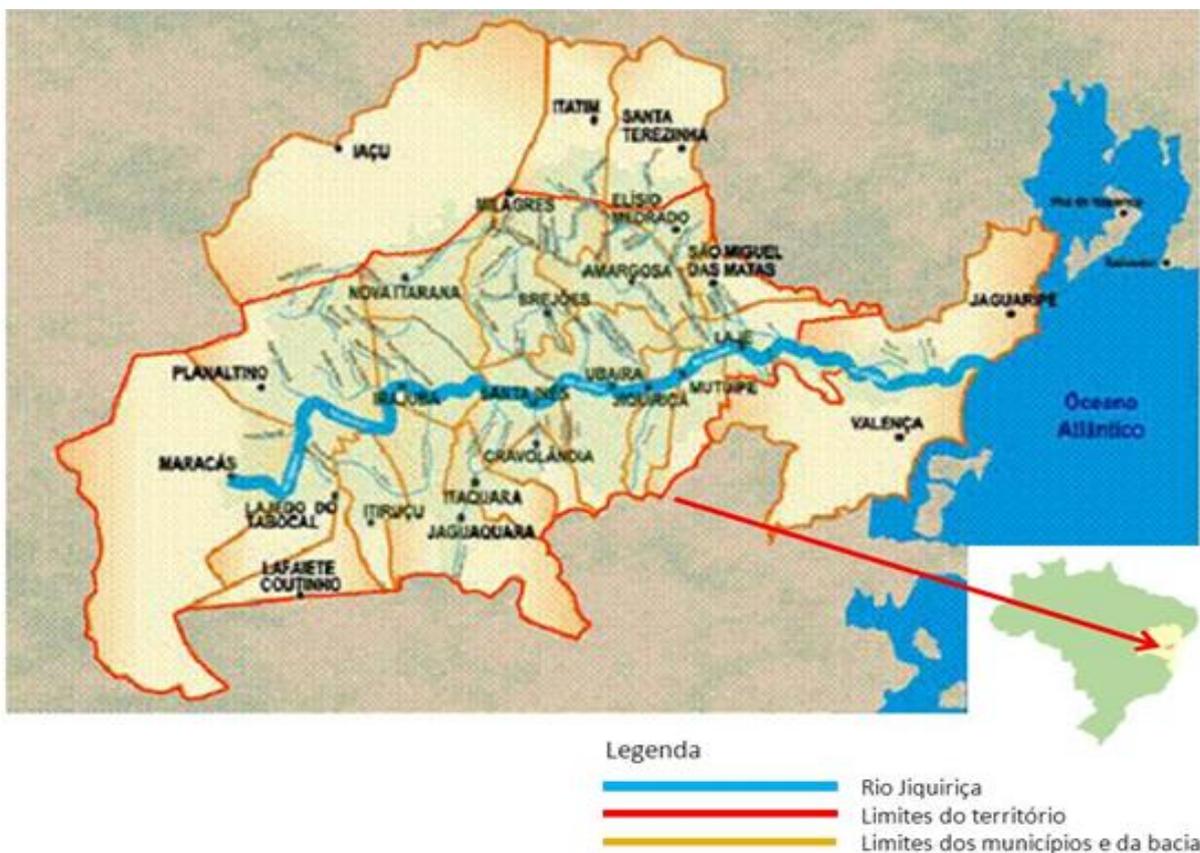
2.3 O RIO JIQUIRIÇÁ E SUA CORRELAÇÃO COM A ESQUISTOSSOMOSE

O rio Jiquiriçá faz parte da bacia hidrográfica do Recôncavo Sul, localizada na região Centro-Leste do estado da Bahia, ocupa aproximadamente 6.900 Km² delimitada pelas coordenadas geográficas 12° 30' e 14° 15' de latitude sul e 38° 45' e 40° 25' de longitude oeste (PRABRJ, 1997).

Tem uma extensão total de aproximadamente de 150 km das nascentes até a sua foz no Oceano Atlântico, onde tem a sua desembocadura ao norte da cidade de Valença.

Ao longo de seu percurso, da nascente até o encontro com o mar, são encontradas vegetação de caatinga, sucedida por florestas remanescentes da Mata Atlântica (Baixo Jiquiriçá), ambas bastante descaracterizadas pela ação antrópica (PRABRJ, 1997). Segue abaixo a localização de Santa Inês/BA e demais cidades situadas no Vale do Jiquiriçá.

Figura 4 - Vale do Jiquiriçá e localização de Santa Inês/BA



Fonte: Consórcio do Vale de Jiquiriçá, 2001.

Trata-se de uma bacia intensamente antropizada, abrangendo superfícies de 25 municípios.

Seus afluentes recebem elevadas cargas poluentes da população de Santa Inês, sendo também depositário de resíduos sólidos provenientes das atividades urbanas e rurais (matadouros e subprodutos de lavouras).

A Bacia do Jiquiriçá sofre impactos ambientais de grande repercussão sobre o solo, a vegetação, a fauna e os recursos hídricos, onde o processo de degradação deixa a região mais seca e menos exuberante (BATISTA, 2003).

O rio percorre o município de Santa Inês, sendo aproveitado para a construção de várias barragens para contenção de água, com pouca vazão, formando ambientes propícios para a disseminação da esquistossomose.

Figura 5 - Fotografia da barragem municipal de Santa Inês, no leito do rio Jiquiriçá



Fonte: autor, pesquisa de campo (outubro 2017)

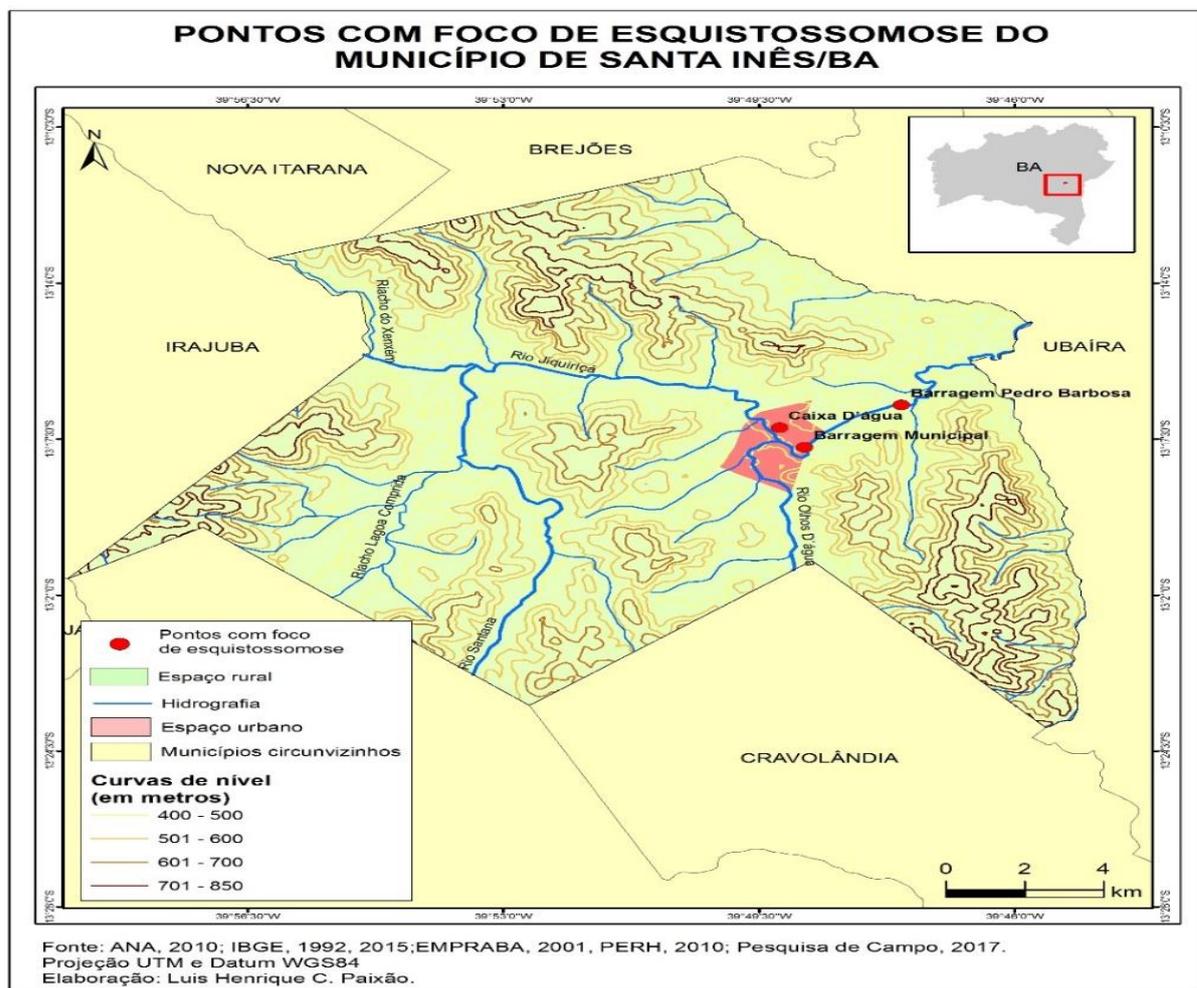
Segundo Batista (2003, p. 11), o quadro ambiental da bacia do rio Jiquiriçá se caracteriza por um desgaste crescente dos recursos naturais, com a conseqüente deterioração de seus ecossistemas, decorrente dos seguintes fatores:

- Processos agropecuários inadequados;
- Perda da biodiversidade em função dos desmatamentos;
- Processo adiantado de erosão e perda de solos;
- Pouca disponibilidade de informação sobre o uso da água;

- Instabilidade e desequilíbrio na regulação do balanço hídrico;
- Inexistência de planejamento urbano e municipal;
- Falta de infraestrutura urbana;
- Fragmentação da Administração Pública.

No mapa a seguir, Figura 6, constam a localização, via GPS, da barragem municipal, referente à Figura 5 acima, e outros pontos de disseminação próximos à sede do município.

Figura 6 - Pontos de disseminação da esquistossomose no município de Santa Inês/BA



Fonte: Ana, 2010; IBGE, 1992, 2015; EMPRABA, 2001, PERH, 2010; Pesquisa de Campo, 2017.

O grande problema ambiental é que todos os municípios consorciados (inclusive Santa Inês), num total de 25 municípios: Amargosa, Brejões, Cravolândia, Elísio Medrado, Iaçú, Irajuba, Itaquara, Itatim, Itiruçu, Jaguaquara, Jaguaripe, Jiquiriçá, Lafaiete Coutinho, Lage, Lagedo do Tabocal, Maracás, Milagres, Mutuípe, Nova Itarana, Planaltino, Santa Terezinha, São Miguel das Matas, Ubaíra e Valença, dependem diretamente da captação da água dos

mananciais da bacia e, mesmo assim, utilizam a rede de drenagem pluvial para lançar seus esgotos sem tratamento.

2.4 BACIA HIDROGRÁFICA DO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA

A bacia hidrográfica do município de Santa Inês/BA é formada pelos rios Jiquiriçá (o principal), Preto, do Meio, Santana, rio da Casca e Olhos D'água.

O município possui os seguintes riachos: Borracha, Contendas, Alagadiço, Barriguda, Cansanção, Vazante, José Francisco, Manoel Raimundo, Xemxém, Casca, São Paulo e outros de menor importância, além das seguintes lagoas: Miguel, Troncos, Alagadiço, Salgado, Três Mães, Alto, Nova, Preta, Onça, Urubu, Misericórdia e Santana. Cachoeiras – Véu de Noiva, Piabanha e Inferno (FERREIRA, 1958).

Esses mananciais são fontes propícias para a propagação da esquistossomose que, diante dos hábitos e costumes da população, em relação ao modo de utilizar esses corpos d'água, se tornam principais meios de sucessivas infestações com o agente etiológico, denominado *Schistosoma mansoni*.

Cabe mencionar que o meio hídrico é elemento fundamental para a cadeia de transmissão do *Schistosoma mansoni*, que necessita de condições ambientais propícias para a ocorrência de seu ciclo vital, portanto o clima, vegetação, altitude, hidrografia, dentre outros aspectos podem favorecer ou dificultar a transmissão.

As condições climáticas, ambientais, geográficas e socioeconômicas presentes no município de Santa Inês/BA favorecem a manutenção e a proliferação do *S. mansoni*.

O mapa a seguir, Figura 7, possibilita visualizar os principais afluentes da bacia hidrográfica do município de Santa Inês/BA.

Figura 7 - Hidrografia do município de Santa Inês/BA



Fonte: IBGE, 2015

A hidrografia configura o principal meio de disseminação e expansão dessa endemia, geralmente contaminados por dejetos de esgotamento sanitário despejados diretamente nessas fontes naturais, sem o devido tratamento, dentre outras formas de eliminação dos ovos do parasito, geralmente através de fezes humanas eliminadas próximas aos mananciais (córregos, riachos, lagoas e rios).

2.5 A POPULAÇÃO: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

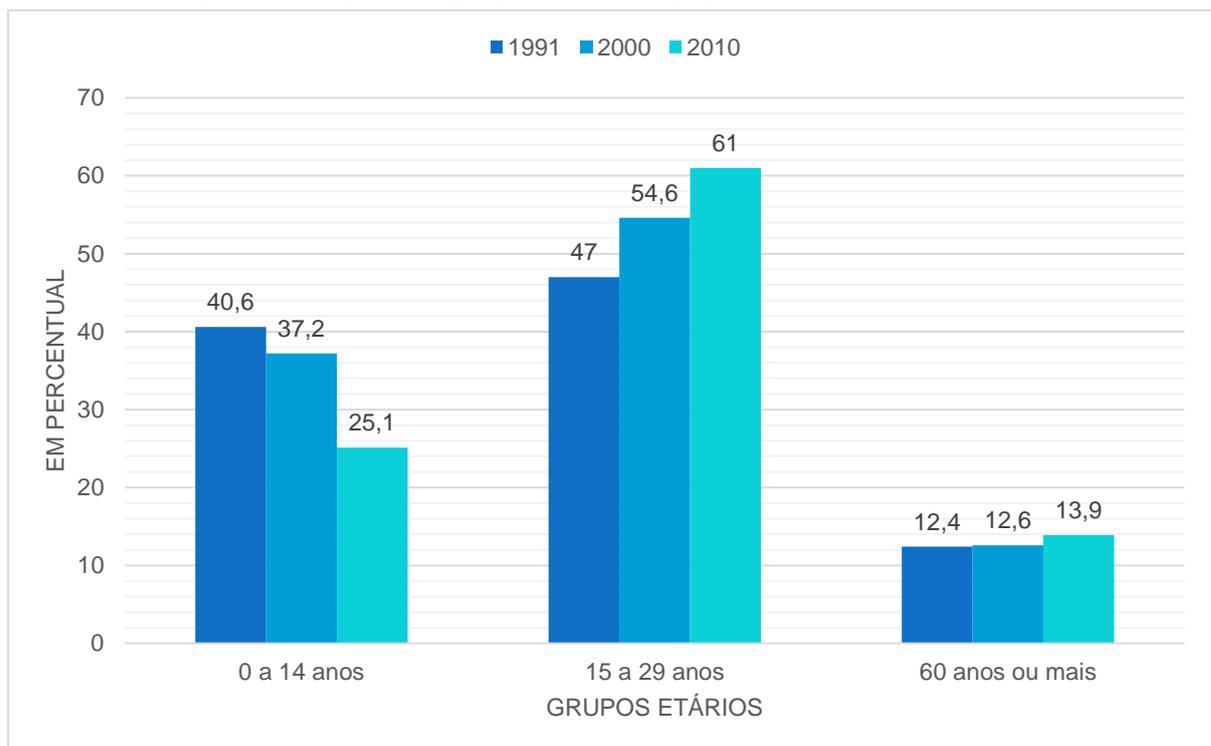
O município de Santa Inês/BA, com uma população estimada de 10.363 habitantes, em 2010, e densidade demográfica de 32,83 hab/km², numa área territorial de 379.271 km², com

estimativa populacional para 2016 de 11.169 habitantes, possui uma população predominantemente urbana (91,8%), com apenas 6,2% rural (IBGE, s.d.).

A população rural em 1958 equivalia a um percentual de 81,7% do total de residentes no município. Houve, portanto, uma reversão de uma população predominantemente rural para urbana (FERREIRA, 1958; IBGE, s.d.).

Conforme aponta a Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI, 2011), a população vem passando por um processo de envelhecimento, onde no período de 1991 a 2010 houve uma redução equivalente a 38,3% na proporção de pessoas de 0 a 14 anos. Em contrapartida, tem apresentado crescimento em todos os demais estratos, conforme pode ser verificado no Gráfico 1, a seguir.

Gráfico 1 - Proporção dos grandes grupos etários na população Santa Inês (1991, 2000 e 2010)



Fonte: Censo Demográfico 1991, 2000, 2010 / (SEI, 2011).

O processo saúde-doença tem íntima correlação com o perfil demográfico de cada população, sobretudo as condições de vida, notadamente determinadas pelas desigualdades sociais, causadas pela falta de emprego, baixa escolaridade, baixa renda, inacessibilidade aos serviços de saneamento básico, dentre outras variáveis que implicam numa série de desdobramentos, como por exemplo a mortalidade infantil, desnutrição, num quadro que favorece maior grau de risco e/ou vulnerabilidade às doenças endêmicas.

Segundo a Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI, 2011), analisando as vulnerabilidades municipais, entre os anos de 2000 e 2010, foi verificado que a proporção de pessoas abaixo da linha de extrema pobreza, em Santa Inês, diminuiu de 23,9% para 16,3%, em relação ao total da população.

Significa afirmar que do universo de residentes em 2010, no total estimado de 10.363 pessoas, 1.689 se encontravam abaixo da linha de extrema pobreza, portanto com elevado grau de vulnerabilidade às doenças, diante das precárias condições de vida.

São consideradas extremamente pobres as pessoas que obtiveram rendimento domiciliar *per capita* mensal inferior R\$ 70,00, em 2010, segundo os critérios do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), que definem a extrema pobreza.

Cabe mencionar que o baixo poder aquisitivo e a pobreza, contribuem para o fenômeno endêmico da esquistossomose, inclusive para a elevação da taxa de mortalidade infantil, decorrente de muitas privações, sem acessos aos bens de consumo e serviços essenciais.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, s.d.), apenas 553 residentes no município se encontravam ocupados, ou seja, somente 5,33% da população desenvolvia alguma atividade produtiva.

O índice de Gini, que mede a desigualdade na distribuição de renda, em que o valor 0 (zero) indica total igualdade de renda e o valor 1 (um) total desigualdade de renda (onde uma pessoa teoricamente perceberia toda renda e as demais pessoas do município não teriam renda alguma), houve, entre as décadas de 2000 a 2010, no município de Santa Inês, aumento de desigualdade social em relação à renda da população, considerando que o índice de Gini aumentou de 0,439 para 0,584 (SEI, 2011).

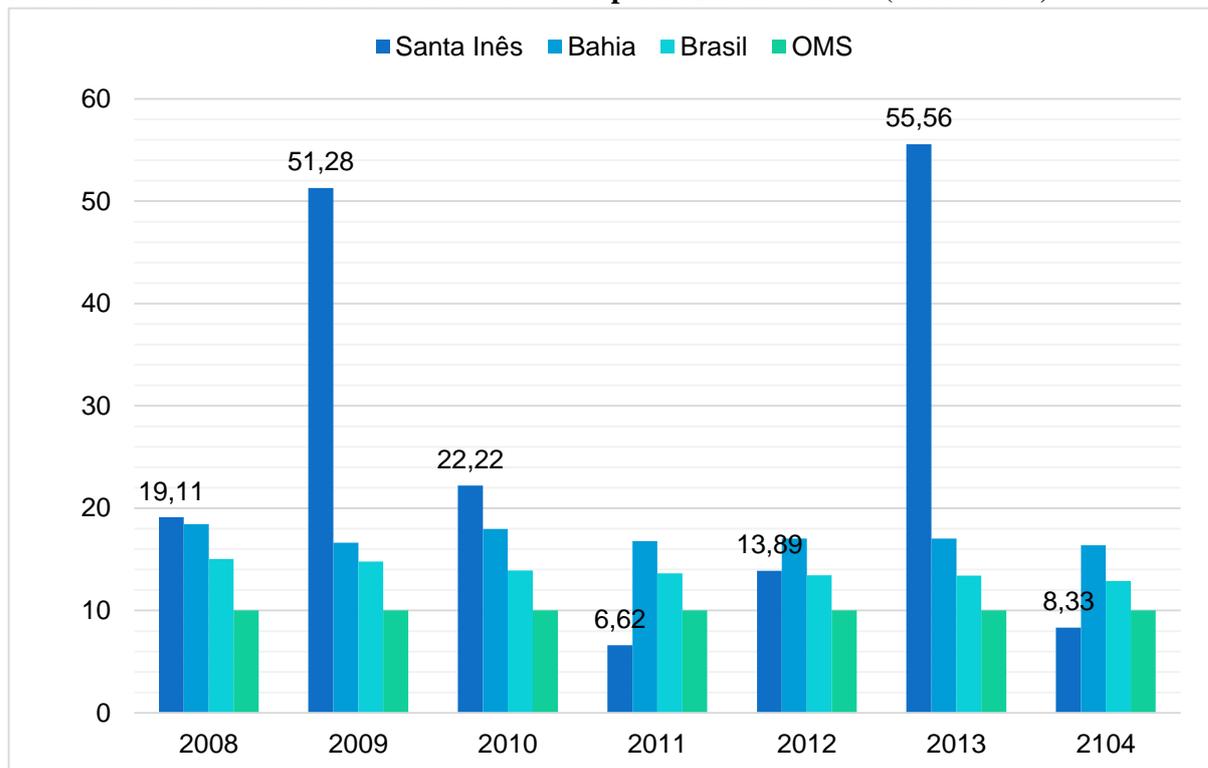
Esses dados são muito importantes, porque servem de parâmetro para avaliar a qualidade de vida da população, que por sua vez repercute na saúde, dentre outras variáveis importantes que sinalizam as desigualdades sociais existentes no município, numa perspectiva mais ampliada e histórica.

Nesse aspecto, Minayo (2001), assevera:

O objeto das Ciências Sociais é histórico. Isto significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. (Minayo, 2001, p. 13)

O Gráfico 2, abaixo, ilustra o histórico das taxas de mortalidade infantil nos períodos de 2008 a 2014, verificando que nos anos de 2009 e 2013 foram os mais críticos, com 51,28 e 55,56 óbitos, respectivamente, numa proporção de 1.000 crianças nascidas com vida.

Gráfico 2 - Taxas mortalidade infantil no município de Santa Inês/BA (2008 a 2014)



Fonte: IBGE, s.d.

O valor considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde – OMS é de 10 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos (IBGE, s.d.).

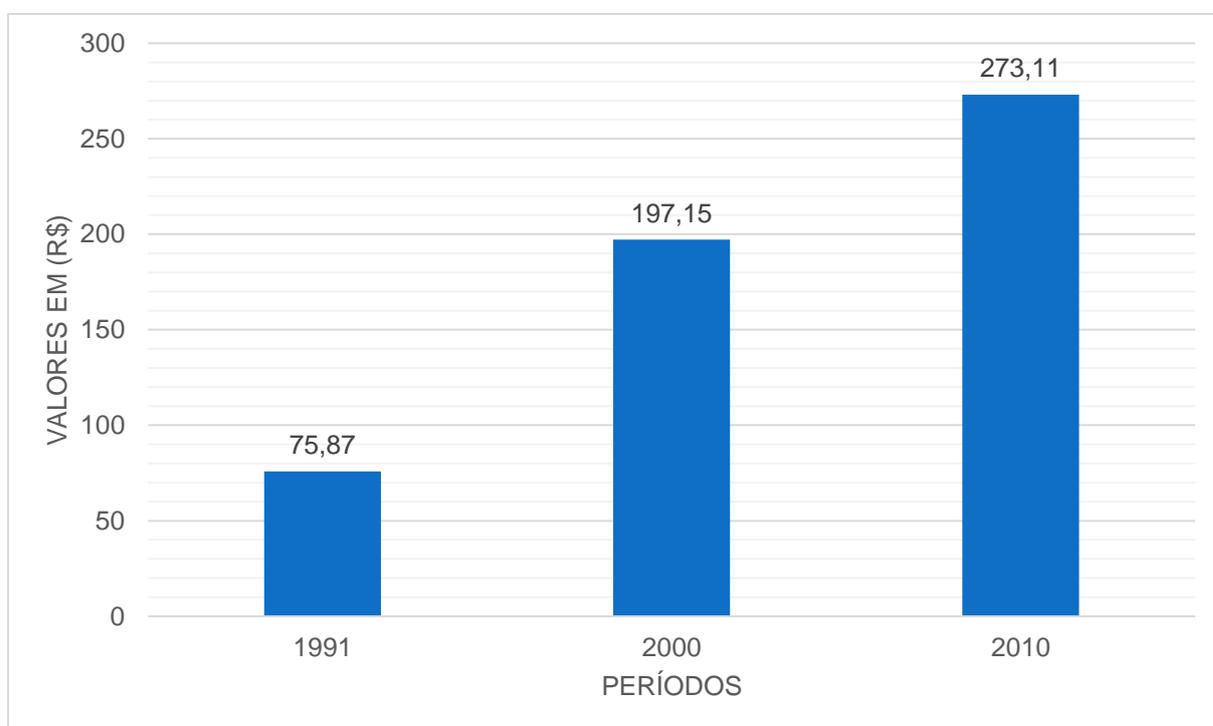
Essa realidade demonstra o grau de atenção à saúde no município, considerado ainda as condições socioeconômicas que interferem na qualidade de vida da população e consequentemente na saúde.

As principais causas da mortalidade infantil decorrem da ausência de assistência médica, falta de instrução às gestantes, desnutrição, déficit ou ausência de saneamento básico, dentre outros fatores que contribuem para a mortalidade infantil, sendo um dos indicadores que sinaliza a fragilidade de assistência à saúde no município, sobretudo nos anos de 2009 e 2013, períodos com maior percentual de mortalidade.

A renda da população é outro indicador de grande importância, que possibilita avaliar a capacidade de aquisição de bens e serviços essenciais da população, que refletem na qualidade de vida e na própria condição de exclusão social de forma mais abrangente.

Os valores apresentados no gráfico 3, abaixo, (renda *per capita* domiciliar, nos períodos de 1991, 2000 e 2010), sinalizam o grau de dificuldade da população, para a garantia de sua subsistência, repercutindo num elevado grau de vulnerabilidade social, inclusive em relação às doenças endêmicas.

Gráfico 3 - Renda per capita domiciliar no município de Santa Inês/BA (1991, 2000 e 2010)



Fonte: MS/DATASUS <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge>.

Mesmo com a melhoria da renda *per capita domiciliar* no município, de R\$ 75,87 em 1991, aumentando para R\$ 273,11 em 2010, ainda permanece um valor insuficiente para atender às necessidades básicas: moradia, alimentação, lazer, educação, saúde, dentre outros itens essenciais.

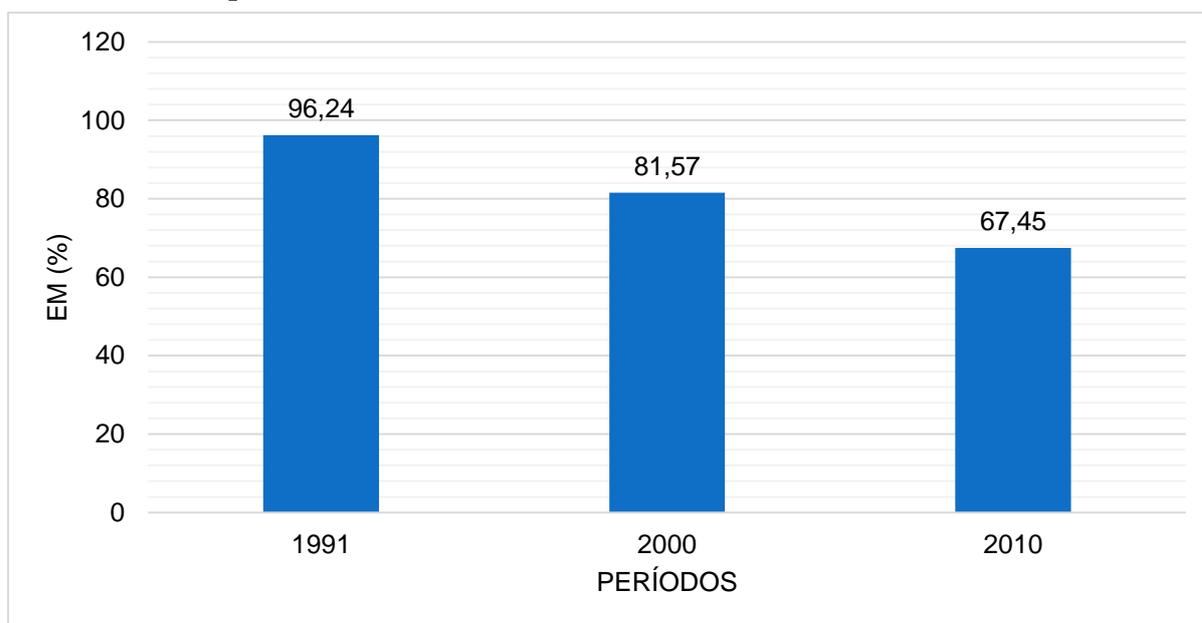
Com um índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,574 considerado baixo (IDMHM entre 0.500 e 0,599), revela que os componentes que constituem esse índice: educação, longevidade e renda *per capita*, não refletem condições favoráveis para uma condição de vida satisfatória.

A composição do IDH se refere aos indicadores que permitem avaliar se a população possui uma vida longa e saudável, com acesso ao conhecimento e que promove oportunidade de um padrão de vida digno, com possibilidade de ascensão social. No entanto, o IDH do município de Santa Inês não traduz essa condição de ascensão.

Considerando os baixos índices do IDHM, inclusive a *renda per capita*, que compõe o IDHM do município, esses valores refletem a precarização das condições de vida da população.

O Gráfico 4, a seguir, demonstra a proporção de pessoas com baixa renda no município de Santa Inês/BA, inferior a meio salário mínimo (SM), conforme censos demográficos do IBGE, nos períodos de 1991, 2000 e 2010.

Gráfico 4 - Proporção de pessoas com baixa renda (menor que meio salário mínimo), no município de Santa Inês/BA (1991, 2000, 2010)



Fonte: MS/DATASUS <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge>.

Mesmo com a melhoria do percentual de pessoas que recebem menos de meio salário mínimo no município, mais de 50% da população (67,45%) ainda permaneceu com baixo poder aquisitivo, em 2010.

No Quadro 2, a seguir, consta a evolução do IDHM e *renda per capita* do município de Santa Inês, correspondentes aos períodos de 1991, 2000 e 2010, que possibilita verificar o perfil socioeconômico da população no município.

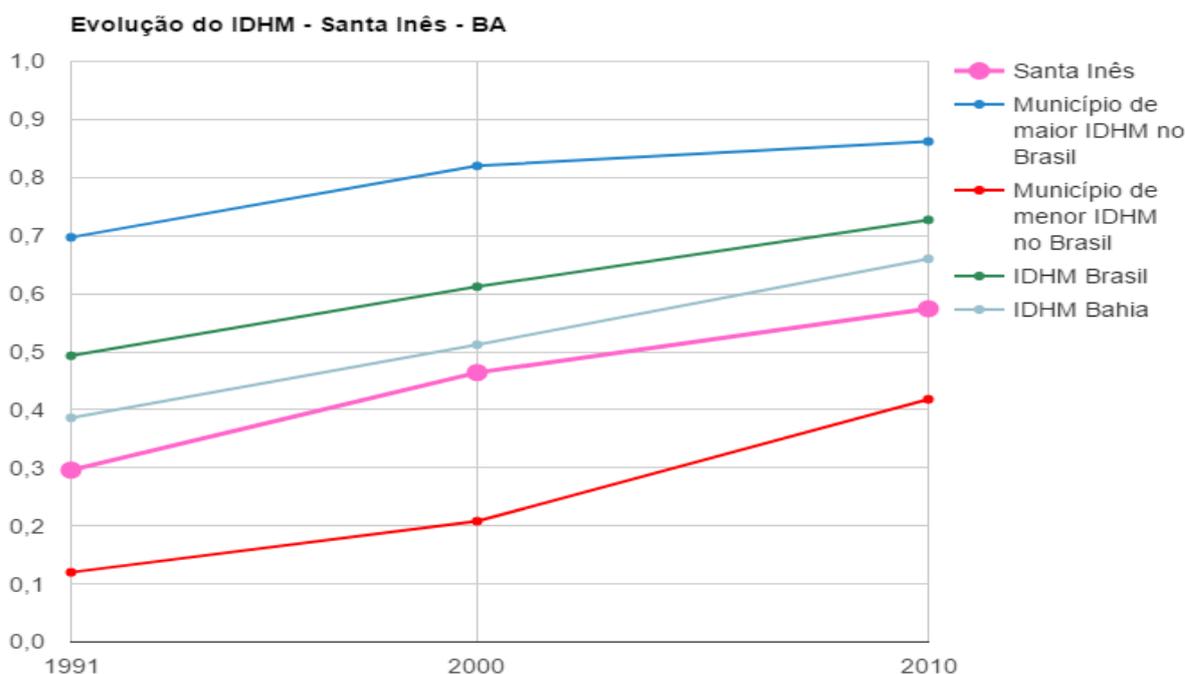
Quadro 2 - Evolução do IDHM e renda per capita – Santa Inês/BA (1991, 2000 e 2010)

PERÍODOS	IDHM	STATUS	RENDA PER CAPITA (R\$)
1991	0,296	Muito baixo	98,78
2000	0,464	Muito baixo	201,86
2010	0,574	BAIXO	280,25

Fonte: Atlas (2013).

Segundo o Atlas (2013), Santa Inês atingiu IDHM de 0,574, em 2010, ocupando a 4764ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros.

O Gráfico 5, a seguir, demonstra o IDHM de Santa Inês/BA, nos períodos de (1991, 2000 e 2010, que possibilita uma análise comparativa entre o IDHM do Brasil, do estado da Bahia e dos municípios com maiores e menores índices.

Gráfico 5 - Demonstrativo do IDHM – Santa Inês/BA (1991, 2000 e 2010) em relação ao Brasil, estado da Bahia e aos municípios com maior e menor índices

Fonte: Atlas (2013)

Nesse ranking, verifica-se que houve uma progressão do IDH de Santa Inês/BA, mesmo assim, permanecendo abaixo do nível médio do Brasil.

Ainda em relação à renda da população, o salário médio mensal no município de Santa Inês/BA equivalia a 1,6 salário mínimo (trabalhadores formais), o que confirma o baixo poder aquisitivo da população, com incidência de pobreza no percentual de 51,92%, onde a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total do município, em 2015, foi de 4,9%. (IBGE, s.d.).

Essa realidade demonstra o perfil socioeconômico da população, que aliada aos fatores comportamentais, culturais e ambientais, favorecem para a prevalência da esquistossomose, inclusive para o processo de transmissão e expansão do parasito, considerando que essa doença é determinada, dentre outros fatores que favorecem sua incidência, pelas condições precárias em que vive a população mais carente do município.

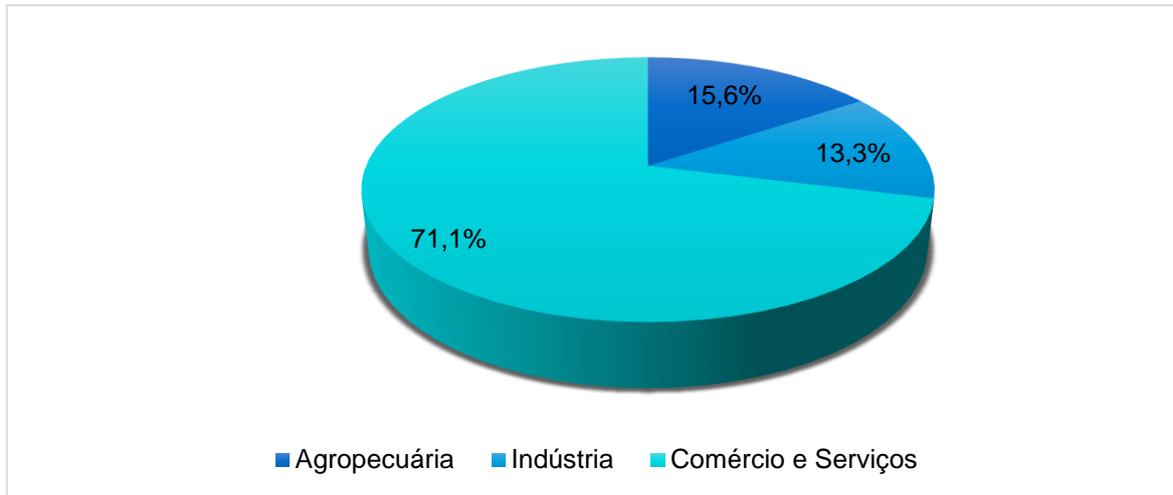
Buss e Pellegrini Filho (2007) apontam que existem várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os determinantes sociais de saúde (DSS) provocam as iniquidades de saúde. No caso da esquistossomose, a assertiva abaixo detém estreita correlação quanto à abordagem pronunciada pelos autores:

A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 82).

Como se verifica, são múltiplos fatores determinados pelas condições socioeconômicas das populações que refletem no processo de saúde/doença, considerando ainda, a importância das políticas públicas para a melhoria das condições de vida da população.

Segundo a Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI), o Produto Interno Bruto (PIB) municipal, em 2014, foi estimado em R\$ 570 milhões e o PIB *per capita* em R\$ 5.099,41 (cinco mil, noventa e nove reais e quarenta e um centavos).

Em relação ao total da riqueza produzida no município, no ano de 2014, correspondente ao Valor Agregado Bruto (VAB) ou Produto Interno Bruto (PIB), foi constituído da seguinte forma: 71,1% proveniente do setor de comércio e serviços, 13,3% do setor industrial e 15,6% do agropecuário (SEI, 2011), conforme representado no Gráfico 6, a seguir.

Gráfico 6 - Composição do PIB, por atividade econômica, Santa Inês/BA (2014)

Fonte: (SEI, 2011).

O Quadro 3, a seguir, demonstra a série histórica do PIB do município, no período de 2010 a 2014, que representa a soma de todos os bens e serviços produzidos no município em cada ano, com o respectivo PIB *per capita*.

Quadro 3 - Série histórica do PIB município de Santa Inês/BA e respectivo PIB per capita nos períodos 2010 a 2014

Períodos	PIB Municipal (r\$)	PIB Per capita (r\$)
2010	38.564.000,00	3.721,35
2011	44.978.000,00	4.351,21
2012	48.517.000,00	4.704,94
2013	57.197.000,00	5.255,06
2014	57.042.000,00	5.099,41

Fonte: IBGE-Cidades

O PIB *per capita* é um indicador muito utilizado na macroeconomia, onde teoricamente expressa quanto mais rico o município, mais seus cidadãos se beneficiam. No entanto, verifica-se que nem sempre ocorre essa correlação, sendo possível que o PIB seja elevado, expressando uma economia desenvolvida, contudo grande parcela da população pode não ser beneficiada em função desse indicador.

Desse modo, o PIB indica o nível de desenvolvimento econômico de determinado país, município ou região, mas pode não expressar, necessariamente, o nível de igualdade social e de

renda da população, embora seja um indicador que demonstra o grau de riqueza, representado por todos os bens e serviços produzidos.

2.6 PROPORÇÃO DE MORADORES ATENDIDOS POR TIPOS DE INSTALAÇÃO SANITÁRIA, DESTINO DE LIXO E FORNECIMENTO DE ÁGUA NO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA (1991, 2000 E 2010)

A esquistossomose é uma doença multifatorial, dentre os determinantes para sua ocorrência estão a ausência de saneamento básico, a pobreza, o contato humano com água contaminada, dentre outros fatores.

O saneamento básico é uma das medidas de prevenção de doenças endêmicas de fundamental importância, inclusive prevista nas diretrizes do PCE, que consiste no fornecimento de água potável, coleta e tratamento de esgoto, limpeza urbana, manejo de resíduos sólidos, além do manejo de água pluvial.

Considerando a importância dessas variáveis, a Tabela 5, a seguir, demonstra a proporção de moradores, conforme o tipo de instalação sanitária utilizada no município de Santa Inês/BA, nos anos de 1991, 2000 e 2010, possibilitando verificar a realidade do município quanto a esses importantes aspectos.

Tabela 5 - Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária no município de Santa Inês/BA (1991, 2000 e 2010)

Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária no Município de Santa Inês - BA			
Instalação Sanitária (%)	1991	2000	2010
Rede geral de esgoto ou pluvial	-	40,5	66,2
Fossa séptica	3,5	1,3	0,3
Fossa rudimentar	28,7	31,8	22,5
Vala	4,7	3,1	1,8
Rio, lago ou mar	-	2,3	0,6
Outro escoadouro	29,6	1,2	2,2
Não sabe o tipo de escoadouro	-	-	-
Não tem instalação sanitária	33,5	19,8	6,3

Fonte: DATASUS/IBGE/Censos Demográficos

Como se verifica na tabela acima, no ano de 2000, somente 40,5% dos moradores dispunham de rede geral de esgoto, embora o poder público e o próprio PCE reconheçam a importância desses serviços para o controle da esquistossomose (BRASIL, 2014).

Verifica-se que em 2010 a proporção de moradores com esgotamento sanitário atingiu o percentual de 66,2%. Significa afirmar que 33,8% da população ainda permanece sem os serviços de rede geral de esgoto, ou seja, quase 40% da população não dispõe desses serviços, onde 22,5% utiliza fossas rudimentares e 6,3% não possui nenhum tipo de instalação sanitária.

Geralmente essas fossas tendem a poluir o solo e mananciais, principalmente córregos, rios, açudes e lagos mais próximos desses domicílios.

Essa realidade demonstra que não está sendo cumprido o princípio fundamental da universalização de acesso a esses serviços, conforme estabelece as diretrizes e políticas nacionais para o saneamento básico.

Cabe mencionar que a rede de esgoto previne a manifestação de doenças como a esquistossomose, leptospirose, leishmaniose, cólera, salmonelose, disenteria, hepatite, dentre outras doenças, além da proteção do meio ambiente (poluição dos solos, dos lençóis freáticos e do ar).

A população sem os serviços sanitários de forma adequada, promove a maior ameaça em termos de poluição do rio Jiquiriçá, considerando que o saneamento básico não contempla toda a comunidade, principalmente a população de baixa renda, que reside nas periferias da cidade, às margens do rio e despejam dejetos diretamente em seu leito.

A fotografia, Figura 8 a seguir, demonstra o elevado grau de poluição do rio Jiquiriçá, trecho que corta a cidade de Santa Inês/BA.

Figura 8 - Fotografia do rio Jiquiriçá, trecho urbano da cidade de Santa Inês/BA



Fonte: <http://www.criativaonline.com.br/index/noticias>

Em relação ao destino do lixo no município, a Tabela 6, a seguir, demonstra a proporção de moradores por tipo de destino de lixo, nos períodos de 1991, 2000 e 2010.

Tabela 6 - Proporção de moradores por tipo de destino de lixo no município de Santa Inês/BA (1991, 2000 e 2010)

Proporção de Moradores por tipo de destino de lixo no Município de Santa Inês – BA			
Coleta de lixo (%)	1991	2000	2010
Coletado	32,27	80,4	82,3
Queimado (na propriedade)	1,7	9,7	7,6
Enterrado (na propriedade)	9,4	0,6	0,3
Jogado	54,4	9,2	9,4
Outro destino	1,8	0,2	0,4

Fonte: DATASUS/IBGE/Censos Demográficos

Em relação ao lixo coletado, verifica-se que da década de 1990 para 2010, houve grande avanço, onde a proporção de moradores com coleta de lixo passou de 32,27%, em 1991, para

82,3%, em 2010. Significa que 17,7% da população não dispõe dos serviços de coleta de lixo no município.

O lixo jogado no meio ambiente por 54,4% da população, em 1991, reduziu para 9,4%, que ainda permanece jogando lixo no meio ambiente. O ideal seria que 100% da população fosse atendida por esses serviços.

A produção do lixo no espaço urbano e sua destinação se tornam um dos principais problemas das cidades brasileiras, considerando que não há uma preocupação com a questão ambiental, onde geralmente o lixo é jogado nas periferias das cidades.

Em relação ao abastecimento de água no município de Santa Inês/BA, a Tabela 7 a seguir, demonstra a proporção de moradores por tipo de abastecimento de água, correspondente aos períodos de 1991, 2000 e 2010.

Tabela 7 - Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água no município de Santa Inês/BA (1991, 2000 e 2010)

Proporção de Moradores por tipo de abastecimento de água no Município de Santa Inês – BA			
Abastecimento de água (%)	1991	2000	2010
Rede geral	67,2	86,2	88,1
Poço ou nascente (na propriedade)	5,8	2,2	0,5
Outra forma	27,0	11,6	11,4

Fonte: DATASUS/IBGE/Censos Demográficos

Comparando os períodos de 1991 e 2000, verifica-se que houve uma melhoria significativa em relação ao fornecimento de água, através da rede geral, com o aumento desses serviços, numa proporção de 19 pontos percentuais, reduzindo, em contrapartida, o abastecimento de água através de poços ou nascentes de 5,8 pontos percentuais em 1991, para 2,2 pontos em 2000. Outras formas de abastecimento, também foram reduzidas, de 27 pontos percentuais em 1991, para 11,6% em 2000 e 11,4%, em 2010.

Em 2010, essas variáveis melhoraram, com maior incidência em relação ao ano de 2000, no que se refere à utilização de poços ou nascentes, passando de 2,2% para 0,5% conforme se verifica na tabela. Essa supressão quanto ao percentual de pessoas que deixaram de utilizar poços ou nascentes foi em função do aumento do percentual de fornecimento de água da rede geral, passando de 86,2%, em 2000, para 88,1% em 2010.

Nesse aspecto, houve melhoria em relação ao abastecimento de água para a população do município, reduzindo a probabilidade de riscos de contaminação por esquistossomose mansoni, através da utilização de água para atender aos domicílios, embora 11,9% da população ainda permanece sem o fornecimento de água tratada, via rede geral de fornecimento.

A análise dessas variáveis teve o propósito de demonstrar a sua importância quanto à prevenção da esquistossomose mansoni no município, mas ao mesmo tempo demonstrar que a questão crucial da (re)infestação por *S. mansoni*, em Santa Inês, está intimamente correlacionada aos hábitos e costumes da população, no que se refere ao contato direto com os mananciais infestados com cercarias (fase larval do parasito), dentre outros aspectos estudados e discutidos neste trabalho, correlacionados às políticas públicas e fatores associados à prevalência endêmica no município.

Convém mencionar, que o abastecimento domiciliar com água não tratada, sobretudo em áreas endêmicas, se torna um grande fator de risco de contaminação e propagação da esquistossomose, onde 11,9% da população de Santa Inês não dispõe de fornecimento de água tratada, via rede geral de abastecimento.

Não se pode, portanto, desconsiderar a possibilidade de infestação através do abastecimento domiciliar com água não tratada, além de outras formas de contágio. Mesmo diante da melhoria dessas variáveis, o processo endêmico da esquistossomose no município continua prevalecendo.

Com efeito, fica constatado que medidas isoladas não conseguem impedir o processo de transmissão da esquistossomose, sobretudo se não houver o envolvimento e participação da comunidade, de forma que promova a conscientização da população quanto à gravidade da doença, sobretudo mudanças em seus hábitos, no sentido de evitar de forma consciente o contato com coleções hídricas, as quais são imprescindíveis para que ocorra a cadeia de transmissão do *Schistosoma mansoni*.

3 METODOLOGIA

Por se tratar de uma pesquisa com viés sociológico, a metodologia adotada, de natureza qualitativa, explorou variáveis que determinam o modo de vida da população, tais como a condição socioeconômica da população residente na área de estudo, o grau de instrução dos acometidos pela esquistossomose, os motivos (hábitos e costumes) que implicam no contato com os mananciais existentes, condição crucial para a contaminação, transmissão e expansão da esquistossomose.

Conjuntamente, como método complementar, o quantitativo, permitiu registrar dados e informações sobre os sujeitos da pesquisa, para comprovar, com números e tabelas, o quadro endêmico da esquistossomose no município de Santa Inês/BA.

Esta pesquisa consistiu numa investigação de situações dinâmicas, processuais, no âmbito do espaço socialmente construído, pautada no método hipotético-dedutivo, que partiu de vários problemas ou fatores correlacionados com o campo da pesquisa, a condição social dos acometidos pela esquistossomose e sua relação com o processo endêmico.

Diante da complexidade que envolveu esse estudo, além da pesquisa bibliográfica, com respaldo em autores e estudiosos sobre o tema, foram realizados levantamentos de dados e informações secundários, através de livros, artigos, dissertações, teses, e outros instrumentos de domínio público, o que possibilitou embasamentos teórico-metodológicos requeridos na pesquisa científica.

Nesse contexto, foram realizadas pesquisas exploratória/explicativas, numa perspectiva do território como espaço socialmente construído, para identificar e analisar os fatores condicionantes e determinantes, correlacionados às políticas públicas de saúde, que contribuem para a prevalência endêmica no município de Santa Inês/BA, campo da pesquisa.

De forma integrada e complementar, foi também realizada pesquisa de campo, de significativa importância, utilizando questionários e entrevistas direcionados aos sujeitos da pesquisa, tornando-se possível, através desses importantes instrumentos, obter levantamento de informações e dados correlacionados ao objeto da pesquisa nas Secretarias de Saúde do estado da Bahia e do município de Santa Inês/BA.

Foram aplicados 10 (dez) questionários estruturados às pessoas residentes no município, que foram acometidas pela esquistossomose, considerando que a população, vítima dessa

endemia, possui uma realidade socioeconômica e cultural condicionada e determinada pelas mesmas características fisiográficas, infraestruturais, sociopolíticas e ambientais, razão pela qual não houve a necessidade de uma amostra maior, diante das peculiaridades correlacionadas ao campo da pesquisa e de sua população.

Desse modo, os respondentes foram escolhidos de forma aleatória, conforme prévia solicitação à Secretaria de Saúde municipal dos nomes e endereços dos acometidos pela esquistossomose, todos residentes na sede do município, cuja população é predominantemente urbana (91,8%), residentes nos seguintes bairros: Centro, Caixa d'água, Campinho e Saída para Cravolândia.

Gil (1989) aponta que o questionário consiste numa das mais importantes técnicas para obtenção de dados nas pesquisas sociais, tendo como objetivo o conhecimento de opiniões, sentimentos, crenças, situações vivenciadas, interesses, dentre outras informações importantes correlacionadas com o objeto da pesquisa.

O mesmo autor explicita que as perguntas “podem envolver considerações práticas”, portanto “o questionário é um instrumento adequado para a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social, devendo ser incluídas perguntas relacionadas ao problema pesquisado” (GIL, 1989, p. 127 - 129).

Em relação às perguntas sobre padrões de ação, no caso específico, em relação ao comportamento correlacionado ao contato dos infestados com corpos d'água existentes no município de Santa Inês/BA, infestados por larvas do agente etiológico, foi possível identificar a situação vivenciada pela população, correlacionada ao cotidiano, apontando os principais motivos e/ou finalidades que promovem o contato com mananciais que propiciam a infestação e transmissão da esquistossomose.

Desse modo foram elaboradas perguntas que se referem aos aspectos intimamente correlacionados ao objeto da pesquisa e sua questão de estudo, o que possibilitou compreender porque as políticas públicas de saúde não conseguem erradicar a esquistossomose no município de Santa Inês/BA.

O questionário (*vide* Anexo E), possibilitou explorar aspectos sobre a realidade socioeconômica e serviços de saneamento básico oferecidos à população de Santa Inês/BA, conforme dados também levantados e confirmados através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando que a esquistossomose possui estrita relação com a condição

de exclusão social, determinada pela insuficiência de renda, que implica em precárias condições de vida, bem como a vulnerabilidade às doenças endêmicas, dentre outras consequências.

Com perguntas simples e objetivas, foi possível obter informações sobre a visão e conhecimento dos respondentes a respeito da esquistossomose.

O modo e condição de vida influenciados por essas variáveis, implicam ou repercutem no processo endêmico da esquistossomose (KATZ; PEIXOTO, 2000). Essas variáveis são intimamente interdependentes em relação ao quadro endêmico, e ao mesmo tempo reflexo do próprio contexto social, historicamente condicionado e determinado pelas desigualdades socioeconômicas existentes, em particular no município de Santa Inês/BA.

Foram utilizados mapas para situar a cidade e pontos de disseminação da esquistossomose, com a utilização do GPS – “Sistema de Posicionamento Global”, bem como a elaboração de gráficos, tabelas e quadros, que possibilitaram uma melhor visualização e compreensão sobre o objeto de estudo.

Com essa metodologia, tornou-se possível estabelecer uma análise e discussão em relação ao desempenho das políticas públicas de saúde, numa abordagem que se reportou aos princípios técnicos e políticos definidos e aprovados pelo PCE, enquanto política direcionada ao controle da esquistossomose, cujas diretrizes devem ser adotadas no âmbito das políticas públicas de saúde do município, aprovadas e defendidas pelo Ministério da Saúde, visando a prevenção, controle e tratamento da esquistossomose.

Com o propósito de verificar a adoção de estratégias e ações das políticas públicas de saúde no município de Santa Inês/BA, correlacionadas ao PCE, foram elaborados dois Roteiros de entrevistas estruturados, sendo um para a realização de entrevista com a Secretária de Saúde do município (Gestora de Saúde Pública) e outro, para as entrevistas com os profissionais de Atenção Básica/Saúde da Família: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate às Endemias (ACE), Médicos, Enfermeiros e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem (vide Anexos).

Nesse sentido, Gil (1989), ao tratar sobre as vantagens da entrevista e sua intensa utilização na pesquisa social, aponta uma série de razões quanto à sua aplicabilidade:

- a) A entrevista possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social;
- b) A entrevista é uma técnica muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano;
- c) Os dados obtidos são susceptíveis de classificação e quantificação (GIL, 1989, p. 114).

Nessa perspectiva, o autor acima destaca ainda, que “muitos autores consideram a entrevista como a técnica por excelência na investigação social, atribuindo-lhe valor semelhante ao tubo de ensaio na Química e ao microscópio na Microbiologia” (GIL, 1989, p. 113).

A entrevista, em função de sua flexibilidade, é considerada fundamental para a investigação nos mais diversos campos, podendo afirmar que “parte importante do desenvolvimento das ciências sociais nas últimas décadas foi obtida graças à sua aplicação” (GIL, 1989, p. 113).

Em relação ao Roteiro de Entrevista (vide Anexo D), direcionado aos profissionais que compõem as Equipes da Saúde da Família (ESF), existentes no município, foi identificado que cada equipe, no total de cinco, é constituída por um médico, um dentista, um recepcionista, dois técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários, sendo que uma equipe atende à zona rural e quatro atendem à zona urbana.

Foi verificado que esses profissionais, que trabalham nas Equipes da Saúde da Família, não se envolvem nas atividades operacionais do PCE, ou seja, apenas a Coordenadora da Vigilância Epidemiológica e PCE e um Agente de Endemias trabalham no referido Programa, razão pela qual foi possível entrevistar apenas esses dois profissionais.

A Secretária de Saúde também foi entrevistada, conforme roteiro de entrevista estruturado (vide Anexo C). O teor das entrevistas, possibilitou identificar e compreender os fatores que implicam na fragilidade das políticas públicas de saúde, numa abordagem correlacionada ao objeto e à questão de estudo desta pesquisa.

Diante do quadro endêmico da esquistossomose identificado no município de Santa Inês/BA, a metodologia adotada foi suficiente para investigar e identificar os fatores associados às prevalências endêmicas, correlacionados às políticas públicas do PCE, cabendo afirmar que diante de um contexto social dinâmico e complexo, o fenômeno endêmico ao fazer parte dessa realidade, não deve ser analisado de forma isolada, mas sim numa visão multidisciplinar, razão pela qual a abordagem adotada não se restringiu apenas às questões das políticas públicas de saúde.

Desse modo, os instrumentos utilizados além dos dados levantados sobre essa endemia de domínio público, buscou-se identificar e conhecer a realidade dos sujeitos acometidos pela esquistossomose, valorizando os aspectos de natureza qualitativa e quantitativa.

André e Ludke (1995) critica a separação entre a pesquisa qualitativa e a quantitativa, apontando o equívoco de se pretender contrapor essas duas vertentes. Essa distinção ocorreu no final do século XIX e começo do século XX, períodos em que não se tinha clareza quanto à especificidade de estudos na área das ciências humanas.

Os métodos utilizados oriundos das ciências naturais e exatas não consideravam os fenômenos socioculturais. Atualmente não é mais possível ou aconselhável manter essa concepção dicotômica. Nesse sentido, Minayo (2001, p. 27), afirma que “a diferença entre qualitativo-quantitativo é de “natureza”, e acrescenta:

Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível em equações, médias e estatísticas. (MINAYO, 2001, p. 27)

Dessa forma, os princípios da pesquisa qualitativa adotados nesse trabalho, sem descartar o quantitativo, estão intimamente correlacionados com o estudo de seu objeto, intimamente correlacionado com as ciências sociais, considerando que as práticas, costumes e a própria cultura de cada comunidade, ao longo de sua existência, em cada espaço, estão atrelados e condicionados aos contextos e realidades vivenciadas no âmbito das simbologias e significados atribuídos por cada povo, nos diferentes eventos sociais e situações próprias de sua realidade.

Minayo (2001), afirma com muita propriedade, que o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, apontando que a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados, e assevera:

Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela. Portanto, os códigos das ciências que por sua natureza são sempre referidos e recortados são incapazes de a conter. As Ciências Sociais, no entanto, possuem instrumentos e teorias capazes de fazer uma aproximação da suntuosidade que é a vida dos seres humanos em sociedades, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória. Para isso, ela aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações. (Minayo, 2001, p.15).

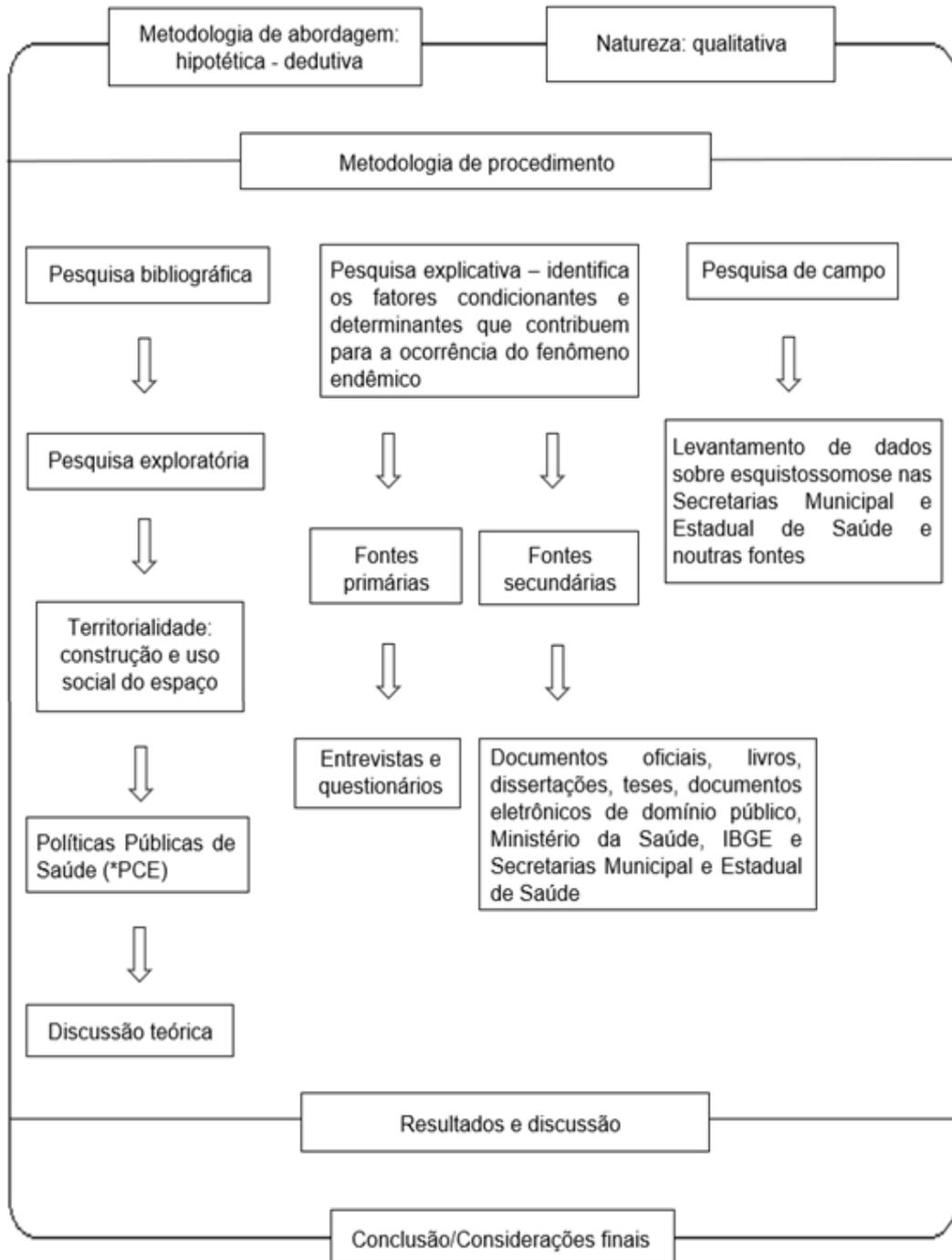
A dimensão cultural, social, econômica e política, repercute numa visão de que a realidade é complexa, devendo ser compreendida de forma interdisciplinar (MORIN, 2007). É nesse contexto cotidiano e complexo que os indivíduos se (re)infestam com o agente etiológico, denominado *Schistosoma mansoni*.

Assim, o grande desafio do pensamento complexo consiste em estabelecer uma articulação entre as mais diversas áreas do conhecimento para compreender os fatores que implicam no processo endêmico da esquistossomose.

Com André e Ludke (1995), pode-se afirmar que a abordagem desta pesquisa tem suas raízes teóricas na fenomenologia, concepção idealista – subjetivista do conhecimento, que enfatiza os aspectos subjetivos dos sujeitos e afirma que a realidade é socialmente construída.

O Fluxograma da Metodologia, a Figura 9 a seguir, sintetiza suas respectivas etapas no transcorrer desta pesquisa.

Figura 9 – Fluxograma da Metodologia



*Programa de Controle da Esquistossomose (PCE)

Fonte: Autor (2015)

Com base nos princípios e procedimentos que fundamentam e validam os aspectos metodológicos desta pesquisa, a análise de dados deste trabalho se alicerçou nos preceitos essenciais da ação humana, quais sejam: a ética, que envolve as relações do ser humano consigo

próprio, com o outro e com a coletividade, num emaranhado de subjetividades inerentes à sua natureza; a política, que envolve as relações da vida em sociedade, associada com o universo do poder; a técnica, associada com o universo do fazer, que contempla a relação com o universo material, o universo de produção, de criação específica da condição humana (ARENDDT, 2003).

Cabe destacar que os dados endêmicos apresentados e analisados nesta pesquisa fazem parte de um banco de domínio público, e considerando que a natureza desta pesquisa se insere na área das Ciências Sociais, não foi necessário submeter o projeto desta tese ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Todos os entrevistados e respondentes dos questionários foram bastante receptivos, de forma voluntária e espontânea, se prontificaram em colaborar, comprovaram interesse e boa vontade antes, durante e após a aplicação dos questionários e entrevistas.

Foi esclarecido, previamente, a finalidade da pesquisa, bem como a garantia, diante dos princípios éticos, de que seria preservada a identidade de cada colaborador, não implicando em nenhum tipo de constrangimento, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide Anexo B).

As falas sobre as experiências vivenciadas por cada entrevistado externalizaram importantes informações e se complementaram, ou seja, não houve nenhuma disparidade ou divergências de suas assertivas, conforme pode ser verificado quando da leitura de cada informação/resposta prestadas pelos entrevistados (vide Anexo F).

Buscou-se, também, estabelecer um diálogo quando da análise e sobretudo na discussão dos dados e informações coletados nas entrevistas, trazendo como suporte e fio condutor para a discussão dos dados, a própria abordagem apresentada e discutida no escopo do trabalho, ao longo de seu desenvolvimento, com base nos autores referenciados.

Os dados obtidos através dos questionários, foram tabulados (vide Anexo F), agrupados e apresentados sob a forma de gráficos, no capítulo intitulado Resultados e Discussão, como propósito de possibilitar ao leitor maior compreensão sobre essas variáveis, que têm intrínseca influência na prevalência endêmica, resultantes do próprio contexto das políticas públicas analisadas, conformada a partir da lógica de um sistema socioeconômico e político, que impõe grandes desigualdades sociais.

Com base nos princípios metodológicos adotados, tornou-se viável o desenvolvimento desta pesquisa, possibilitando uma análise acurada sobre os dados e informações correlacionados ao seu objeto de estudo.

4 ASPECTOS BIOLÓGICOS E CICLO VITAL DO *SCHISTOSOMA MANSONI*

O *Schistosoma mansoni* tem um ciclo de vida complexo, alterna fases sexuada quando adulto (no hospedeiro definitivo – o homem) e assexuada, quando no estado de larva (no hospedeiro intermediário – o caramujo). Necessita de caramujos do gênero *Biomphalaria*, de água doce, parada ou com pouca correnteza, até 29 cm/s. (MOURA et al., 2005).

A transmissão, ocorre através do ciclo vital do parasito, mediante a eliminação dos ovos do *Schistosoma mansoni* pelas fezes do homem, que ao entrarem em contato com o meio aquático, eclodem, liberando larvas ciliadas, denominadas miracídeos.

Cada fêmea põe cerca de 400 ovos por dia, na parede de capilares e vênulas, e cerca de 50% desses ganham o meio ambiente. Os ovos colocados nos tecidos levam cerca de uma semana para tomarem-se maduros (miracídio formado).

Podem ficar presos na mucosa intestinal ou serem arrastados para o fígado. Os que conseguirem chegar à luz intestinal vão para o exterior junto com o bolo fecal (MELO; COELHO, 2016).

Após a eclosão dos ovos no meio aquático, os miracídeos nadam à procura dos moluscos, hospedeiros intermediários, os quais são infestados. Ao penetrar nas partes moles do molusco, os miracídeos perdem parte de suas estruturas. As células remanescentes se organizam e em 48 horas transformam-se em um saco alongado repleto de células germinativas, chamado esporocisto.

Os esporocistos primários se transformam em secundários e as células germinativas desses últimos (esporócitos secundários) são transformadas em cercárias. Cada esporócito secundário reproduz aproximadamente 100.000 cercárias.

A *Biomphalaria glabrata* pode eliminar por dia, em média, até 4.500 cercárias e a *Biomphalaria straminea*, do Nordeste, em média 400 cercárias/dia. Embora as cercárias possam viver por 36 a 48 horas, sua maior atividade e capacidade de infecção ocorrem nas primeiras oito horas de vida (MELO; COELHO, 2016).

Após abandonarem os moluscos, as cercárias, segundo estágio de vida livre, nadam em águas naturais e penetram com maior frequência nos pés e nas pernas do hospedeiro definitivo por serem áreas do corpo que mais ficam em contato com águas contaminadas.

Logo depois do contato infectante, alguns indivíduos sofrem com manifestações pruriginosas na pele, semelhantes a picadas de insetos ou eczema de contato, denominada dermatite cercariana, também conhecida como dermatite do nadador.

Ao penetrar ativamente na pele do homem, por meio de ação combinada da secreção lítica das glândulas anteriores e dos movimentos vibratórios, sobretudo da cauda, a cercária produz uma irritação de intensidade variável de indivíduo para indivíduo, chamada dermatite cercariana ou dermatite do nadador.

Essa dermatite é caracterizada por uma sensação urticária, com pequenas pápulas e dor. O processo de invasão da cercaria na pele humana dura normalmente de cinco a 15 minutos (MELO; COELHO, 2016).

O horário em que as cercárias estão em maior atividade e quantidade na água é entre 10 e 16 horas, quando a luz solar e o calor são mais intensos. Os locais onde ocorre a transmissão com mais frequência são os focos peridomiciliares: valas de irrigação de hortas, açudes (reservatórios de água e local de brincar de crianças), pequenos córregos onde as lavadeiras e crianças costumam frequentar (MELO; COELHO, 2016).

Quando ingeridas com água, as cercárias que chegam ao estômago são destruídas pelo suco gástrico, entretanto as que penetram na mucosa bucal desenvolvem-se normalmente.

Através da pele ou mucosa, as cercárias atravessam o tecido epitelial, transformando-se em esquistossômulos, os quais se alojam na corrente sanguínea ou vasos linfáticos do homem (hospedeiro definitivo), com maior frequência na veia porta hepática, onde se transformam em vermes adultos.

Instalados no sistema porta intra-hepático, os esquistossômulos se alimentam e se desenvolvem transformando-se em machos e fêmeas, por volta de 25 a 28 dias após a penetração. Em seguida, migram acasalados para a veia mesentérica inferior, onde ocorre a oviposição (MELO; COELHO, 2016).

Os ovos que não conseguem alcançar a luz intestinal, ficam retidos nos tecidos, preferencialmente fígado e intestinos, causando a formação de granulomas no fígado, podendo obstruir, total ou parcialmente, a passagem do sangue, implicando na fibrose periportal, ocasionando as manifestações das formas mais graves da doença (BRASIL, 2014).

As fêmeas com um a dois anos de vida põem cerca de 400 ovos por dia (PESSOA; MARTINS, 1988, p. 868). Parte dos ovos são transportados para as paredes do intestino (via

corrente sanguínea) e eliminados nas fezes, recomeçando, então, um novo ciclo vital do parasito, quando os ovos são eliminados no meio ambiente e eclodem no meio aquático.

Em síntese, para que ocorra a transmissão da esquistossomose mansoni, obrigatoriamente deve percorrer o seguinte ciclo: sair do hospedeiro definitivo (homem), passar pelo ciclo complementar no interior de um hospedeiro intermediário (caramujo), para, então, se tornar novamente infectante para o homem.

Como se verifica, a transmissão da esquistossomose não ocorre por meio do contato direto homem doente – homem suscetível, pois depende, compulsoriamente, da veiculação hídrica, para que ocorra o ciclo vital, ensejando assim, a transmissão da doença parasitária, com os seguintes elementos envolvidos na cadeia de transmissão:

(1) agente etiológico: *Schistosoma mansoni*; (2) hospedeiro definitivo: homem (mais importante do ponto de vista epidemiológico); (3) hospedeiros intermediários: caramujos de água doce – *Biomphalaria glabrata* (Say, 1818), *Biomphalaria straminea* (Dunker, 1848), e *Biomphalaria tenagophila* (Orbigny, 1835); fonte de infecção: hospedeiros definitivos, quando eliminando ovos viáveis de *S.mansoni*; (4) via de eliminação: fezes; (5) veículo de contaminação para os hospedeiros intermediários: água contaminada com larvas de *S. mansoni*, na fase denominada miracídio; (6) forma infectante para hospedeiros intermediários: miracídio; (7) forma infectante para os hospedeiros definitivos: fase larvária do *S. mansoni*, denominada cercaria; (8) veículo de contaminação para os hospedeiros definitivos: água contendo cercaria; (9) porta de entrada: pele e mucosa dos hospedeiros definitivos. (BRASIL, 2014, p. 39).

A interrupção desse ciclo significa na mais importante e desafiadora tarefa dos serviços públicos de saúde, o que impediria novas infestações e conseqüentemente evitaria a expansão dessa endemia para novos espaços.

Os efeitos nocivos da parasitose consistem na quantidade de parasitos que se instalam no sistema sanguíneo do hospedeiro definitivo, repercutindo na quantidade de ovos produzidos, que por não serem eliminados nas fezes, produzem minúsculos granulomas e nódulos cicatriciais nos órgãos em que são depositados, mais frequentemente nas paredes do intestino ou no fígado, podendo, entretanto, originar também formas ectópicas em qualquer órgão ou tecido do organismo humano.

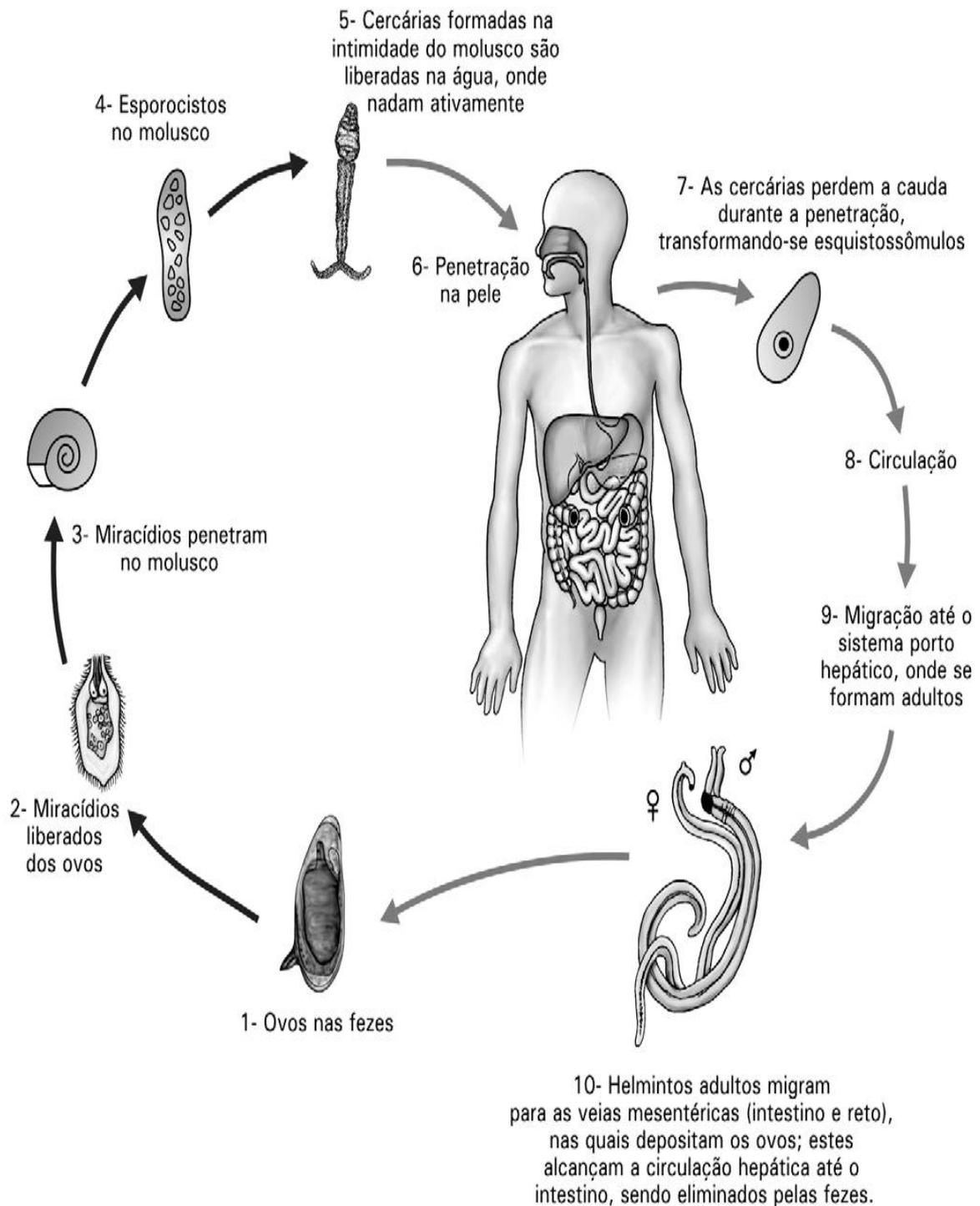
Assim, os ovos do *S. mansoni* são elementos cruciais da patogenia. Em pequenas quantidades conseguem atingir a luz intestinal e as lesões produzidas são mínimas, com reparações teciduais rápidas.

Em grande número, pode causar hemorragias, edemas da submucosa e fenômenos degenerativos, com formações ulcerativas pequenas e superficiais. Essas lesões são geralmente

reconstituídas, ocorrendo a integridade dos tecidos. No entanto, os ovos que atingem o fígado, causam as alterações mais importantes da doença (MELO; COELHO, 2016).

A Figura 10, a seguir, ilustra as etapas do ciclo vital do *Schistosoma mansoni*, possibilitando uma compreensão melhor de sua ocorrência.

Figura 10 - Ciclo vital do *Schistosoma mansoni*



Torna-se importante destacar que o diagnóstico da esquistossomose é geralmente realizado por meio de exames laboratoriais, para confirmar a ocorrência dessa doença, servindo também para verificar, em determinada população, o grau de infestação pelo parasito, conforme a quantidade de ovos eliminados pelas fezes do hospedeiro definitivo, neste caso, o homem.

Essa quantificação tem grande relevância para o estudo epidemiológico de determinada área geográfica, pelo período de um ano, visando estabelecer o planejamento e estratégias de combate a essa endemia, sobretudo em relação ao tratamento quimioterápico.

4.1 HOSPEDEIROS INTERMEDIÁRIOS: DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS MOLUSCOS DO GÊNERO BIOMPHALARIA

No Brasil, os caramujos hospedeiros intermediários do *Schistosoma mansoni* pertencem à família *Planorbidae* e apenas o gênero *Biomphalaria* possui importância epidemiológica por incluir as três espécies encontradas naturalmente no meio ambiente, viáveis como hospedeiras naturais do *S. mansoni*: *Biomphalaria glabrata* (Say, 1818); *Biomphalaria tenagophila* (D'orbigny, 1835) e *Biomphalaria straminea*. (Dunker, 1848) (MELO; COELHO, 2016).

A existência desses moluscos remonta o período Jurássico (aproximadamente 140 milhões de anos). São altamente adaptáveis às adversidades do meio e sobreviveram a diversas pressões ambientais (BRASIL, 2014).

O conhecimento da distribuição dessas três espécies hospedeiras do *S. mansoni* no país consiste em grande importância para a identificação e delimitação das regiões com risco de introdução ou expansão da esquistossomose, contribuindo com os serviços de saúde em relação às atividades de controle e vigilância da esquistossomose, direcionando ações e economizando recursos (CARVALHO, et al. 2008).

Cabe reiterar que o *Schistosoma mansoni* desenvolve uma das etapas do seu ciclo vital (fase assexuada), utilizando os caramujos do gênero *Biomphalaria* como hospedeiros intermediários, que a partir da invasão do miracídio nos moluscos desse gênero, ocorrem complexos processos de multiplicação celular e mecanismos adaptativos no interior dos moluscos, tornando-se necessária uma fina sintonia metabólico-fisiológica, para que ocorra o fenômeno, onde os miracídios são transformados em milhares de cercarias, que correspondem a segunda fase larval livre do *S. mansoni*.

Dessa forma, os moluscos (hospedeiros intermediários) fazem parte do ciclo vital do *S. mansoni*, para viabilizar a transmissão e expansão da esquistossomose, conforme a ocorrência das demais etapas do ciclo biológico.

Segundo Carvalho, et al. (2008), as três espécies hospedeiras intermediárias do *Schistosoma mansoni* no Brasil, *Biomphalaria glabrata*, *B. tenagophila* e *B. straminea* possuem níveis diferentes de susceptibilidade, importância epidemiológica variável, bem como diferenças na amplitude de distribuição geográfica.

Assim, a identificação desses moluscos se torna relevante para melhor conhecimento sobre a epidemiologia da doença.

4.1.1 *Biomphalaria glabrata*

Essa espécie é a principal hospedeira intermediária do *Schistosoma mansoni* no Brasil, consistindo no mais eficiente vetor da *esquistossomose mansoni* nas Américas, sendo encontrada em ambientes naturais com taxas de positividade da doença de até 80%. Um exemplar infectado dessa espécie pode eliminar até 18 mil cercárias por dia (MELO; COELHO, 2016).

Com grande poder adaptativo ao meio ambiente, esses moluscos possuem mecanismos de proteção, tornando difícil o efetivo controle de sua proliferação. Essa espécie é capaz de ajustar-se às mudanças das condições ambientais, bem como períodos de estiagens prolongados, comum em grande parte da região Nordeste.

Diante de fatores desfavoráveis ao seu desenvolvimento, tais como mudanças drásticas de temperatura, inundações ou dessecação rápida da coleção hídrica, esses moluscos desenvolveram vários mecanismos de sobrevivência e escape, tais como: anidriose, enterramento e diapausa.

A anidriose ocorre quando o processo de dessecação acontece de forma lenta e progressiva, comum em grande parte do Nordeste. O molusco se retrai no interior da concha e entra em dormência, geralmente interrompida quando retorna o contato com a água.

No estado de dormência, o caramujo mantém níveis metabólicos reduzidos por períodos prolongados, diminuindo perdas de água, mantendo baixos níveis de utilização de oxigênio e de reservas nutricionais. Nesse estado, são preservadas as formas imaturas de *Schistosoma*

mansoni, que retornam seu desenvolvimento quando o hospedeiro reinicia sua atividade (BRASIL., MS., 2014).

O enterramento ocorre no solo de ambientes aquáticos temporários, a exemplo de poças d'água formadas pelas chuvas, que secam lentamente. Esse comportamento pode coincidir ou resultar da aplicação de moluscidas, sendo uma forma de escape.

A diapausa, é um fenômeno que consiste numa parada brusca de desenvolvimento, controlada por fatores internos, mesmo em condições ambientais favoráveis. É comum em populações de *B. glabrata* em áreas sujeitas a secas sazonais (BRASIL., MS., 2014).

Outra forma adaptativa e de preservação da espécie é a aceleração do desenvolvimento e reprodução no período chuvoso, garantindo dessa forma a produção de novos indivíduos, para que a colônia possa superar o próximo período de seca.

Todos esses mecanismos de adaptação dificultam o controle e extermínio desses hospedeiros intermediários, conseqüentemente facilitando a contínua transmissão e expansão da esquistossomose.

Coura Filho (1998) aponta que o controle da esquistossomose é uma das tarefas mais difíceis dos serviços de saúde pública, considerando a ampla difusão dos hospedeiros intermediários, bem como os mecanismos de escape desses moluscos em relação aos métodos de controle. Além disso, possui um alto poder reprodutivo, em curto período.

O elevado potencial reprodutivo dessa espécie, favorecido por sua capacidade de autofecundação, são aspectos fundamentais para a rápida recolonização dos criadouros. Um único exemplar pode gerar, em apenas três meses, cerca de 10 milhões de descendentes, promovendo em pouco tempo, rápido repovoamento dos criadouros.

Sua distribuição no Brasil, está concentrada, principalmente, nas mesorregiões do Nordeste, Centro Norte Baiano, Metropolitana de Salvador, Centro Sul Baiano e Sul Baiano e nas mesorregiões Norte de Minas, Jequitinhonha, Central Mineira, Vale do Mucuri, Vale do Rio Doce, Metropolitana de Belo Horizonte e Zona da Mata, no estado de Minas Gerais (CARVALHO, et al., 2008).

Essa espécie é encontrada numa faixa contínua, abrangendo todos os estados situados entre o Rio Grande do Norte e o Paraná, e recentemente no Rio Grande do Sul, além de algumas áreas do Pará, Maranhão e Piauí.

Na região Sul, a *B. glabrata* ocorre no estado do Paraná, com um aglomerado na divisa com o estado de São Paulo e ausente no estado de Santa Catarina. Entretanto, no estado do Rio Grande do Sul encontra-se uma única população, no município de Esteio (29°:51':07" S), extremo sul de sua distribuição geográfica. (CARVALHO, et al., 2008).

Segundo Carvalho, et al. (2008), essa espécie foi notificada em 806 municípios, além do Distrito Federal.

4.1.2 *Biomphalaria tenagophila*

A *Biomphalaria tenagophila* está mais restrita ao sul do Brasil, sendo encontrada, também, desde o sul da Bahia, leste do Rio de Janeiro até o Rio Grande do Sul. Geralmente as taxas de infecção por essa espécie são muito baixas. Estão distribuídas nas regiões do Vale do Paraíba e Tietê, em São Paulo, São Francisco do Sul, em Santa Catarina e focos isolados em Minas Gerais e Rio de Janeiro (MELO; COELHO, 2016).

Carvalho et al. (2008) apontam que essa espécie, até 1986, não era encontrada em Santa Catarina, ao sul de Blumenau, devido à ausência de pesquisas. A descoberta de *B. tenagophila* em Porto Belo, ao sul de Blumenau, confirmou a proposição da continuidade desta espécie em toda a faixa litorânea (TELES; PEREIRA; RICHINITTI, 1991, apud TELES; CARVALHO et al., 2008).

A distribuição mais densa dessa espécie abrange os estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro e Santa Catarina. Nos estados de Minas Gerais, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul avança em direção ao oeste.

Nos estados de São Paulo e parte do Paraná esses moluscos atingem a divisa do estado do Mato Grosso do Sul. Algumas populações podem ser encontradas longe do corpo central de sua distribuição, no Distrito Federal e nos estados de Goiás e Mato Grosso do Sul (CARVALHO et al., 2008).

Embora a *Biomphalaria tenagophila* tenha predominância em algumas áreas, é encontrada na natureza com baixas taxas de infecção, em coleções hídricas permanentes, considerando que esses moluscos seriam incapazes de resistir à dessecação do ambiente (PARAENSE, 2008).

Essa espécie foi notificada em 562 municípios de 10 estados brasileiros: Bahia, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo, além do Distrito Federal (BRASIL. MS., 2014).

A ocorrência dessa espécie na Bahia se restringe aos seguintes municípios: Canavieiras, Caravelas, Itabela, Itamaraju, Mucuri, Nova Viçosa, Prado e Santa Luzia.

4.1.3 *Biomphalaria straminea*

A ocorrência da *Biomphalaria straminea* abrange quase todas as bacias hidrográficas do Brasil. Essa espécie predomina no Nordeste do país, mas está disseminada em outras macrorregiões, sendo responsável por focos em Fordlândia, no Pará, e em Goiânia.

Embora apresente taxas muito baixas de infecção (menos de 1%), a densidade desse molusco nos criadouros do Nordeste é muito alta (MELO; COELHO, 2016).

A presença dessa espécie foi registrada em 1.325 municípios, distribuídos por 24 estados brasileiros, além do Distrito Federal, e no Norte sua presença não se reduz apenas aos estados de Roraima, Amapá e Rondônia. Apresenta maior incidência nos estados do Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia (CARVALHO, et al., 2008).

Segundo os autores acima, no estado de Minas Gerais estão presentes dois aglomerados de moluscos dessa espécie, situados nas mesorregiões do Norte de Minas e Metropolitana de Belo Horizonte. A partir dessas áreas, inúmeras populações podem ser observadas espalhadas pelo território brasileiro.

A sua extensa distribuição no território brasileiro mostra que é a espécie “mais bem adaptada a todas as variedades de climas e condições ecológicas do país. Assim, os espaços claros nos mapas de sua distribuição são devidos em grande parte à falta de pesquisas nessas regiões.” (PARAENSE, 2008).

Esses moluscos são habitantes de coleções hídricas permanentes e temporárias, mais adaptados ao clima seco do Nordeste (PARAENSE, 2008).

Embora a *B. straminea* seja a mais abrangente em relação às outras duas espécies, em razão de ser mais bem-sucedida e adaptada às variações climáticas, apesar de ser menos suscetível como hospedeira dos miracídios.

Assim, essa espécie é responsável pela manutenção de taxas de infecção humana superiores a 50% em algumas localidades do Nordeste do país (BRASIL, 2014).

No universo de 417 municípios do estado da Bahia (IBGE, s.d.), a *Biomphalaria straminea* está presente em 411 municípios, ou seja, em apenas seis municípios do estado não ocorre a presença dessa espécie de molusco, situação bio-ecológica que demonstra o potencial de suscetibilidade de instalação e disseminação da esquistossomose.

A vasta distribuição dos hospedeiros intermediários de *S. mansoni* no Brasil configura o caráter de potencialidade expansivo da esquistossomose, mesmo para as áreas consideradas indenes (CARVALHO et al., 2008).

Os autores acima afirmam que a real distribuição dos hospedeiros intermediários no Brasil ainda é limitada. Encontra-se, portanto, ainda longe de se conhecer a distribuição das espécies de forma satisfatória, mesmo diante dos esforços de alguns pesquisadores e dos serviços de saúde, que encontram como fator limitante a vasta extensão territorial do Brasil, bem como a dificuldade de acesso a determinadas regiões, tais como Norte e Centro-Oeste.

Destaca ainda o autor que, outro fator limitante é o pequeno número de pesquisadores interessados, cuja atuação se faz sentir especialmente nas áreas de suas instituições.

4.2 CONTROLE DOS HOSPEDEIROS INTERMEDIÁRIOS

Os métodos químicos de controle dos caramujos, hospedeiros intermediários do *Schistosoma mansoni*, são recomendados como medida auxiliar para impedir a transmissão da endemia, em localidades onde ocorrem focos de importância epidemiológica e quando obras de engenharia sanitária não são viáveis.

Essa precaução decorre em função de restrições quanto à aplicação dos moluscidas, em função dos efeitos deletérios nos demais componentes da fauna e flora nos ambientes hídricos (TELES; CARVALHO, 2008).

Nesse sentido, os moluscidas são recomendáveis em situações muito especiais, após análise epidemiológica minuciosa, mediante prévia verificação se os caramujos estão eliminando cercárias de *S. mansoni*.

Segundo Teles e Carvalho (2008), os métodos químicos de controle dos caramujos promovem a redução momentânea dos riscos de infecção humana da esquistossomose,

considerando a dificuldade de eliminação dos moluscos, diante do elevado poder de proliferação e adaptação ao meio ambiente.

Existem diversos produtos e substâncias químicas para combater os criadouros, tais como: pentaclorofenato de sódio, termofosfato magnésiano, produto de uso na correção da acidez do solo, o metaldeído e o hidróxido de cálcio, subproduto do carbureto para a produção de acetileno, sendo mais utilizada a niclosamida.

Teles e Carvalho (2008), apontam ainda, que a niclosamida é um pó molhável para aplicação na forma diluída, por aspersão ou gotejamento, em quantidades proporcionais ao volume da coleção hídrica.

Contudo, resta comprovado que as aplicações de niclosamida, ainda que promovam a redução temporária das densidades dos caramujos e a mortalidade dos miracídios e cercárias livres no ambiente aquático, esse produto atinge outros componentes da fauna, principalmente os peixes e anfíbios.

A experiência também demonstrou que os moluscidas são ineficazes na continuidade da contaminação ambiental por ovos de *S. mansoni*, considerando que as densidades dos caramujos se recompõem rapidamente, a partir de sítios primários de dispersão, através da reprodução dos sobreviventes, que permanecem em abrigos naturais e pela eclosão de desovas, reconstituí, em curto prazo, novos criadouros.

Desse modo, o controle da transmissão da esquistossomose com aplicação de moluscidas não têm efeito duradouro, nem resultados satisfatórios que possam efetivamente impedir, com eficácia, o ciclo vital do parasito, e conseqüentemente a transmissão da doença.

Teles e Carvalho (2008) argumentam também que, em relação aos efeitos dos moluscidas de origem vegetal, “apesar da falta de estudos de campo mais acurados, é quase certo que a eficiência das aplicações seja limitada pelas mesmas razões apontadas para a niclosamida”, a exemplo dos produtos químicos.

Além disso, os extratos vegetais apresentam problemas de estabilidade, bem como conservam custos elevados das operações de campo destinadas ao controle das densidades dos caramujos.

Com efeito, os autores sinalizam, em relação às experiências obtidas na condução dos programas de controle da esquistossomose, restando demonstrado que o emprego dos moluscidas necessita de uma análise acurada sobre a relação custo/benefício.

Nesse sentido, deve-se analisar ainda, a questão dos prejuízos ambientais causados pelas aplicações nos focos e das possibilidades quanto ao alcance dos objetivos pretendidos, principalmente quando se pretende obter a redução da morbidade.

Cabe mencionar, que a utilização de moluscidas é geralmente recomendada para o controle da transmissão da endemia em focos isolados, em áreas rurais e urbanas, onde os prejuízos ambientais não sejam maiores que os resultantes da própria contaminação humana com detritos e dejetos.

Assim, o acompanhamento epidemiológico, com a realização de coletas e exames periódicos dos caramujos, possibilita informações úteis para o dimensionamento adequado dos focos e dos momentos mais propícios para aplicações de moluscidas.

Em ambientes hídricos de grande porte, tais como barragens, rios e ribeirões, dentre outros, a aplicação de moluscidas se torna inviável, tanto em relação à quantidade necessária do produto, quanto à impossibilidade da cobertura total das coleções hídricas.

Considerando que os focos de *S. mansoni* ocorrem em todos os tipos de ambientes aquáticos, em dimensão e profundidade, torna os cálculos das quantidades e do tempo das aplicações uma questão complexa, de certa forma deficiente.

Deve ser considerado ainda, o elevado custo financeiro dessa medida, o que dificulta o controle e o alcance dos objetivos almejados quanto à interrupção do ciclo vital do parasito, através da eliminação dos hospedeiros intermediários.

Diante de tantos fatores desfavoráveis quanto ao uso de produtos químicos em combate aos moluscos, sua indicação viável, de forma geral, deve ser em focos de pequeno porte.

Cabe mencionar que a lei nº 9.605, de 12/02/1998 (Lei de Crimes Ambientais), reconhece que o abate dessas espécies não é crime, desde que declaradas nocivas pelos órgãos competentes, em consonância com a Instrução Normativa do IBAMA nº 141, de 19 de dezembro de 2006.

4.3 FASES E SINTOMAS DA ESQUISTOSSOMOSE

A esquistossomose mansoni é uma doença de evolução crônica e de gravidade variada. Os sintomas se manifestam de acordo com os estágios de desenvolvimento do parasita no hospedeiro definitivo (o homem) e a intensidade da infecção.

A intensidade da infecção ou carga parasitária é definida pelo número de casais que parasitam o hospedeiro definitivo, calculada pelo número de ovos eliminados nas fezes. O diagnóstico da esquistossomose se faz pela história clínica, epidemiológica, realização do exame físico e dos exames complementares, cuja indicação depende da fase de infecção em que o paciente se encontra e de sua resposta inflamatória e imunológica à agressão parasitária.

Segundo Melo e Coelho (2016), a esquistossomose mansoni é uma doença resultante da reação inflamatória dos ovos nos tecidos e que, diariamente, cada casal de *S. mansoni* pode promover a formação de aproximadamente 200 granulomas. Desta forma, a esquistossomose apresenta efeito acumulativo de lesões, o que pode resultar, com o decorrer do tempo, formas graves da doença.

Os autores destacam ainda, que mesmo com a ocorrência de uma carga parasitária baixa, podem ocorrer complicações, a exemplo da presença de ovos na medula espinhal do indivíduo, implicando na paraplegia.

Pode também ocorrer, conforme as características do sistema imunológico de cada pessoa, deposição de imunocomplexos na membrana basal glomerular, gerando reações inflamatórias com graves consequências renais.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), classificou as fases da doença, clinicamente, em crônica e aguda, conforme descritas a seguir:

4.3.1 Fase Aguda

- **Dermatite cercariana:** corresponde ao período de penetração das larvas (cercárias) na pele, e varia desde um quadro assintomático até a ocorrência de uma dermatite urticariforme, com erupção papular, eritema, edema e prurido, que pode se estender até um período de 5 dias após a infecção. Segundo Souza et al. (2011), pode ocorrer a morte de até a 50% das cercárias na pele, durante o processo de infestação.
- **Esquistossomose aguda ou febre de Katayama:** após a infestação com as cercárias, aproximadamente três a sete semanas depois, pode ocorrer os seguintes sintomas: febre, dor abdominal, anorexia, cefaleia, e com menor frequência diarreia, náuseas, vômitos e tosse seca. Pode, também, ser detectada uma

hepatoesplenomegalia. Segundo Souza et al. (2011), os distúrbios na fase aguda nem sempre são expressivos, podendo ocorrer variações conforme a quantidade de cercárias infectantes e a resposta imunológica de cada hospedeiro. Geralmente, a esquistossomose aguda tem duração média de quatro a oito semanas, podendo a hepatoesplenomegalia persistir por dois a três anos, mesmo após o tratamento específico.

4.3.2 Fase crônica

- **Esquistossomose crônica:** tem início após seis meses de infecção e pode perdurar por vários anos. Nessa fase, podem ocorrer graus extremos de severidade, em função da progressão da doença, que pode afetar diversos órgãos, com a manifestação dos seguintes sintomas: hipertensão pulmonar e portal, ascite e ruptura de varizes do esôfago. A esquistossomose crônica, dependendo do estágio da doença, pode se apresentar por qualquer das seguintes formas:
 - **Tipo I ou forma intestinal:** manifestação de diarreias repetidas que podem ser mucossanguinolentas, com dor ou desconforto abdominal, podendo também não se manifestar (forma assintomática).
 - **Tipo II ou forma hepatointestinal:** presença de diarreias e epigastralgia (dor no estômago), podendo o paciente ao exame físico apresentar hepatomegalia. Segundo Souza et al. (2011), a forma hepatointestinal é a mais frequente, encontrada na esquistossomose crônica, representando a fase intermediária na evolução da doença para a forma hepatoesplênica.
 - **Tipo III ou forma hepatoesplênica compensada:** caracterizada pela presença de hepatoesplenomegalia, em função das lesões perivasculares intra-hepáticas com quantidade suficiente para gerar transtornos na circulação portal, com certo grau de hipertensão que provoca congestão passiva do baço.

Nessa fase da doença inicia-se a formação de circulação colateral e de varizes do esôfago, com o comprometimento do estado geral do paciente. A característica principal dessa forma é a presença de hipertensão portal, implicando na esplenomegalia e aparecimento de varizes no esôfago. O estado funcional do fígado encontra-se preservado, sem evidências de insuficiência hepática

- **Tipo IV ou forma hepatoesplênica descompensada:** incluem as formas mais graves, responsáveis pela incidência de óbito. Nessa fase o indivíduo apresenta fígado volumoso ou contraído pela fibrose perivascular, esplenomegalia avantajada, ascite, circulação colateral, varizes do esôfago, hematêmese, anemia acentuada e desnutrição.

O ministério da saúde elenca as principais características da forma hepatoesplênica descompensada, conforme descritas no quadro abaixo:

4.4 TRATAMENTO, PREVENÇÃO E ESTRATÉGIAS DE ELIMINAÇÃO DA ESQUISTOSSOMOSE: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DA MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA

Foram desenvolvidos dois fármacos para o tratamento da esquistossomose: o praziquantel e a oxamniquine. O primeiro é o mais utilizado, em razão do menor custo/tratamento, sendo administrado por via oral, em dose única de 50mg/Kg de peso para adultos e 60mg/Kg de peso para crianças (KATZ; ALMEIDA, 2003).

O tratamento com oxamniquine geralmente é bem tolerado, podendo, entretanto, causar tonturas, sonolência e cefaleia. Em alguns casos, náuseas, vômitos ou diarreia. Esse medicamento é contraindicado para pessoas com antecedentes neurológicos, pois, em raros casos, provoca excitação mental, alucinações ou convulsões, que podem regredir em menos de seis horas.

Segundo o Ministério da Saúde, existem contraindicações, não sendo recomendável, de forma geral, adotar as drogas que compõem a terapêutica antiesquistossomótica, nos seguintes casos:

- Durante a gestação;
- Durante a fase de amamentação. Se a nutriz for medicada, ela só deve amamentar a criança 72 horas após a administração da medicação. O risco/ benefício do tratamento deve ser avaliado pelo médico;
- Crianças menores de dois anos;
- Insuficiência hepática grave (fase descompensada da forma hepatoesplênica);

- Insuficiência renal, ou outras situações graves de descompensação clínica, a critério médico (BRASIL, MS., 2008, p. 56).

Os resultados são bons, mesmo em formas avançadas da doença. Nos pacientes não curados, há redução da ordem de 80 a 90%, na eliminação de ovos, nas fezes (REY, 1987).

Convém destacar que apenas o tratamento não resolve o problema da endemia, pois as pessoas infestadas são tratadas e se recontaminam em razão de novos contatos com a água infestada com cercárias.

Segundo Melo e Coelho (2016), vários trabalhos epidemiológicos mostram que o tratamento em larga escala (todos os casos positivos) ou seletivo (faixas etárias mais jovens) resultaram na redução significativa das formas hepatoesplênicas.

No Brasil, o programa do governo direcionado para controlar a doença, principalmente através da quimioterapia em larga escala (oxamniquina), demonstrou que, após o tratamento de mais de três milhões de indivíduos das áreas endêmicas do Nordeste, ocorreu uma acentuada redução da prevalência e morbidade da doença. Contudo, os trabalhos epidemiológicos mostram que, após suspensão do tratamento, provoca, em poucos anos, a volta dos índices de prevalência anteriores.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde reconhece que a vigilância epidemiológica (VE) tem o objetivo de detectar precocemente as condições que favorecem a ocorrência de casos da doença e a instalação de focos de transmissão (BRASIL, 2008).

Assim, detectar precocemente as condições que favorecem a propagação do agente etiológico, como também realizar o tratamento dos portadores de *Schistosoma mansoni*, ainda no início da infestação, têm como objetivo promover os seguintes benefícios à população:

- Evitar ou reduzir a ocorrência de formas graves e óbitos;
- Reduzir a prevalência da infecção;
- Reduzir o risco de expansão da doença.

Segundo Coura Filho (1998), a forma mais viável de combate dessa endemia seria a prevenção, pois o controle da esquistossomose é uma das tarefas mais difíceis dos serviços de saúde pública, considerando a ampla difusão dos hospedeiros intermediários, dos mecanismos de escape destes hospedeiros em relação aos métodos de controle, o que permite o repovoamento do ambiente em um intervalo curto de tempo.

Outro fator que dificulta o controle da doença é a frequência do contato humano com a água infestada, principalmente em decorrência das condições precárias onde vivem as populações mais carentes, sob condições de risco de contaminação.

Diante dessa realidade, programas de educação em saúde, visando uma abordagem de caráter preventivo junto à população, seria de suma importância para o combate dessa grave endemia.

Segundo Kloss et al. 2008, a educação em saúde associada ao envolvimento e participação da comunidade nos programas de controle da esquistossomose têm importância fundamental na obtenção de melhores resultados, em benefício da saúde, promovendo a possibilidade dos seguintes objetivos no processo de controle da esquistossomose:

- Mudanças no comportamento em relação ao contato com a água, aprimorando as formas de prevenção e controle da transmissão;
- Melhoria do saneamento ambiental, com a redução de fezes eliminadas no meio ambiente (locais habitados pelos moluscos);
- Maior conscientização para cumprir o tratamento quimioterápico;
- Cooperação com os programas de controle dos moluscos;
- Interesse da comunidade em participar das atividades correlacionadas à saúde.

Nesse sentido, a educação em saúde é uma atividade que deve ser exercida por todos os membros da equipe de saúde da Atenção Básica/Saúde da Família, constituída pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate às Endemias (ACE), Médico, Enfermeiro e Auxiliar/Técnico de Enfermagem, todos vinculados à Secretaria Municipal de Saúde.

As atribuições desses profissionais já estão definidas e descritas no Manual denominado “Cadernos de Atenção Básica – Vigilância em Saúde nº 21/2008”, elaborados pelo Ministério da Saúde, visando a prevenção, controle e tratamento da esquistossomose.

Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo essencial da educação sanitária é tornar a população consciente do problema representado pela esquistossomose, devendo ocorrer a mobilização dos moradores de zonas endêmicas para que participem ativamente da luta contra a doença, não só facilitando a realização dos inquéritos pelos serviços de saúde, como também ajudando a identificar os focos de transmissão, para combater os moluscos e eliminar seus criadouros (BRASIL., MS., 2014).

Cabe destacar que no controle da esquistossomose, o saneamento ambiental⁴ é uma medida de bastante importância, pois promove condições que minimizam a proliferação e a contaminação dos hospedeiros intermediários, diminuindo, conseqüentemente, o contato do homem com o agente patogênico.

Segundo (Rey, 1987), a educação sanitária é uma atividade que deve ser exercida por todos os membros da equipe de saúde e não apenas pelos educadores sanitários. Requer, entretanto, bom conhecimento da epidemiologia da doença e dos procedimentos de controle. Contudo, na prática, geralmente essa atividade tem sido subestimada ou feita de modo ineficiente, afirmando o autor:

Deve ter como primeiro objetivo tornar a população consciente do problema representado pela esquistossomose, pois, como sucede geralmente com as doenças crônicas, que se instalam lentamente, a partir da infância, um processo de acomodação e tolerância às manifestações mórbidas é a regra. Só depois de curados é que alguns pacientes se dão conta do estado de má saúde que suportavam até então. (REY, 1987, p. 46-47).

O mesmo autor argumenta que a educação sanitária deve promover a mudança de alguns hábitos da população, para reduzir a poluição do meio e o risco de infecção, tais como: preferir as horas matinais (antes das nove) para o banho e toda sorte de contatos com águas que possam estar poluídas, a fim de diminuir o risco de ataque por cercarias; utilizar, sempre que possível, as latrinas e habituar as crianças a fazê-lo e evitar a defecação próximo de qualquer tipo de coleção de água.

Somente o tratamento da doença, sem medidas preventivas e sem a conscientização da população sobre a gravidade da doença, para evitar o contato com coleções infestadas, não resolve o problema da esquistossomose, pois ocorrem novas infestações após o tratamento quimioterápico.

O Ministério da Saúde reconhece o desafio no sentido de intensificar as ações de saneamento, maior exigibilidade do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), além da integração de suas atividades à rede de atenção básica, para que não ocorra retrocesso quanto à situação anterior, ou seja, de aumentar a prevalência da endemia.

⁴ O saneamento ambiental visa atingir níveis de salubridade para proteger e melhorar as condições de vida das populações urbanas e rurais. Inclui o abastecimento d'água potável, coleta e disposição sanitária dos resíduos líquidos e sólidos, uso e ocupação adequada do solo, drenagem, controle de vetores e reservatórios de doenças transmissíveis. No controle da esquistossomose, o saneamento ambiental cria condições que reduzem a proliferação e a contaminação dos hospedeiros intermediários, com conseqüente diminuição do contato do homem com o agente patogênico (BRASIL., 2014, p. 95)

Por sua vez, a Vigilância Epidemiológica⁵ (VE) da esquistossomose defende como medida de prevenção, identificar precocemente as condições que favorecem a ocorrência de casos, bem como identificar a instalação de focos de transmissão, destacando as condições que dificultam o controle, tais como:

(a) a grande área geográfica de distribuição dos caramujos hospedeiros intermediários; (b) os movimentos migratórios, de caráter transitório ou permanente, de pessoas oriundas das áreas endêmicas; (c) deficiência de saneamento domiciliar e ambiental; (d) deficiência de educação em saúde das populações sob risco de transmissão de esquistossomose. (BRASIL, 2014, p.75)

Para enfrentar esses desafios, foram elaboradas diretrizes e parâmetros procedimentais, objetivando o controle da endemia, onde nas áreas indenes⁶ deve haver a obrigatoriedade de permanente monitoramento para, na ocorrência de algum caso, identificar se foi autóctone ou importado de áreas endêmicas. Sé o caso for autóctone⁷, significa que a área onde ocorreu não é mais indene.

Reconhecendo as dificuldades acima elencadas, foram estabelecidas estratégias básicas no PCE, a exemplo da localização geográfica dos criadouros de moluscos, a busca sistemática dos portadores de *S. mansoni* por meio de inquéritos coproscópicos, o tratamento dos portadores com medicamento específico, dentre outras. Entretanto, a integração das ações de saneamento e as ações de informação, educação, comunicação e mobilização comunitária não estão sendo priorizadas (FARIAS, et al., 2007).

⁵ Vigilância Epidemiológica é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. O propósito da Vigilância Epidemiológica é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Sua operacionalização compreende um ciclo completo de funções específicas e articuladas, que devem ser desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo escolhido como alvo das ações, para que as intervenções pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e efetividade (BRASIL., 2008, p. 7).

⁶Área indene é aquela em que não há registro de transmissão da esquistossomose. O objetivo do programa na área indene é manter a vigilância epidemiológica (notificação, investigação e tratamento de casos), eficiente e eficaz, impedindo o estabelecimento da transmissão da esquistossomose. A área indene pode ser classificada em duas categorias: área indene com potencial de transmissão – aquela que embora livre de transmissão, abriga populações de caramujos suscetíveis ao *S. mansoni*, portanto são áreas receptivas ao processo de transmissão de esquistossomose; área indene sem potencial de transmissão – aquela que comprovadamente não existe a presença de planorbídeos de espécies de importância epidemiológica na transmissão da esquistossomose (BRASIL., 2014, p. 85).

⁷Se o caso for considerado autóctone significa que a área em que ele ocorreu não é mais indene, ficando caracterizado a descoberta de um foco novo de transmissão cuja extensão dependerá da descoberta de outros casos e da distribuição geográfica dos mesmos. Dessa forma, a eliminação do foco passa a ser o objetivo das atividades do PCE. Todo caso investigado deve ser submetido à verificação de cura parasitológica com três exames de fezes no quarto mês após o tratamento (BRASIL, 2014, p. 75).

Rey (1987) elenca vários obstáculos que se opõem a uma rápida extinção das fontes de infecção, dentre os quais destaca:

- casos não curados;
- pessoas recém-infectadas e, portanto, portadoras de formas juvenis do parasito (esquistossômulos) não suscetíveis à ação de alguns quimioterápicos;
- casos não diagnosticados, por razões diversas;
- casos que apresentam contra-indicação ao tratamento, seja temporária ou definitivamente;
- pessoas ausentes por ocasião do diagnóstico ou do tratamento;
- pessoas que recusam o tratamento;
- presença eventual de hospedeiros vertebrados não humanos, na área e
- falhas dos serviços de saúde etc. (Rey, 1987, p. 39)

Considerando os obstáculos acima elencados, as medidas para reduzir a transmissão da doença deverão ser mantidas por um período suficientemente longo. Contudo, Rey (1987) destaca as etapas prévias que os programas de controle da esquistossomose deverão providenciar:

- 1) Estudos preliminares, inquéritos por amostragem, recolha de dados básicos e análise epidemiológica;
- 2) Elaboração de uma estratégia e de um plano de ação; estratificação da área de trabalho; escolha dos métodos a utilizar nas diferentes etapas ou em circunstâncias específicas. Preparação do cronograma das atividades;
- 3) Adoção do plano e tomada de decisões, nos mais altos níveis políticos e administrativos;
- 4) Aquisição do material (equipamentos, drogas e medicamentos) e organização dos serviços e do apoio logístico;
- 5) Recrutamento e formação do pessoal necessário nos diversos níveis e setores (administração, laboratório e campo);
- 6) Implementação do plano, que deverá ter como ponto de partida e como teste de viabilidade um projeto-piloto;
- 7) Avaliação periódica dos trabalhos e dos resultados a curto, médio e longo prazos;
- 8) Estabelecimento de um sistema de vigilância epidemiológica (com estratificação das áreas sob vigilância) para depois de terem sido alcançados os principais objetivos do programa, prevendo-se para isso um tempo suficientemente longo.

Como se verifica, o controle e erradicação da esquistossomose requer uma série de procedimentos adequados e interdependentes, demonstrando o grau de complexidade das ações a serem executadas, que devem ser de forma eficiente⁸ e eficaz⁹, para a resolução desse grave problema de saúde pública.

Rey (1987) aponta a importância de uma programação e metodologia adequadas na luta contra a esquistossomose. Para tanto, se requer, em condições econômicas, um estudo prévio da epidemiologia e da ecologia da parasitose em cada região geográfica, mediante levantamento de dados importantes (DALTON, 1976; HUNTER, 1982; JORDAN; WEBBE, 1982; KLUMPP; CHU, 1977, apud REY, 1987). Os dados colhidos nessa fase preliminar permitem que em etapas posteriores se possa fazer a avaliação dos resultados. Sob o aspecto operacional, esses dados são obtidos através de:

1. Reconhecimento geográfico da área;
2. Inquéritos malacológicos;
3. Inquéritos epidemiológicos sobre a população humana (geralmente por amostragem);
4. Em certas áreas, inquéritos sobre outros hospedeiros vertebrados, além do homem;

Algumas das informações a obter, são:

- a) As taxas de prevalência da esquistossomose, por grupos etários, e eventualmente a carga parasitária média desses mesmos grupos;
- b) as condições sanitárias locais;
- c) identificação dos pontos de contato da população com as coleções de águas superficiais;
- d) presença, distribuição e densidade dos moluscos hospedeiros de *Schistosoma* nessas águas (identificação dos focos de transmissão local), bem como suas variações temporais;

⁸ O Ministério da Saúde ao se referir à avaliação das ações de vigilância e controle da esquistossomose define que a eficiência é a capacidade de se alcançar os resultados propostos com o menor custo possível. (BRASIL, 2014, p. 110)

⁹ A eficácia, segundo o Ministério da Saúde, é a capacidade do programa ou da intervenção, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde. Assim, a eficácia é medida pela relação entre os resultados obtidos e os esperados (BRASIL, 2014, p. 110).

- e) os hábitos da população em relação ao uso da água e outros costumes que propiciem a transmissão da doença;
- f) evolução das condições epidemiológicas e da utilização humana desses focos ao longo do ano;
- g) identificação dos períodos de alta e de baixa transmissão da esquistossomose, na área, associada às variações periódicas das populações de moluscos vetores;
- h) presença e significação de outros reservatórios vertebrados da endemia.

Esses dados são de suma importância, para que se possa estabelecer um planejamento adequado, tanto sobre a forma de tratamento através da quimioterapia, quanto às demais ações de combate, visando a prevenção e o tratamento da doença e consequentemente interromper a sua transmissão e expansão.

O Ministério da Saúde admite o grave problema de saúde pública da esquistossomose e o desafio quanto ao enfrentamento da doença, com a cooperação dos gestores municipais de saúde. Neste sentido, propõe tratar a comunidade residente nas áreas de maior risco, visando reduzir a transmissão e complicações da doença.

Reconhece, também, que essas estratégias não exclui a necessidade de melhorias nas condições de saneamento. No entanto, enquanto grande parte da população brasileira não reside em áreas com infraestrutura de saneamento adequado, estratégias de saúde pública são essenciais no controle da doença.

Nessa perspectiva, afirma que as medidas não se tratam de algo novo em termos de saúde pública, mas de uma estratégia de ação reconhecida como efetiva no contexto internacional (BRASIL., 2012).

Segue abaixo, proposta de ação para a área endêmica (conjunto de localidades onde a esquistossomose está plenamente estabelecida), mediante tratamento quimioterápico:

1. Tratar coletivamente o maior número de indivíduos acima de 5 anos de idade das localidades em que o inquérito tenha apresentado resultados > 25% de positividade;
2. Em localidades com prevalência (percentual de positividade) entre 15 e 25%, deverão ser tratados os casos positivos em exames coprológicos e os conviventes;
3. Em localidades com prevalência (percentual de positividade) abaixo de 15%, tratar somente os indivíduos com testes positivos para *S. mansoni*.

Cabe mencionar, entretanto, que essas medidas não são suficientes para a eliminação ou erradicação da esquistossomose, considerando que a utilização da quimioterapia apenas diminui a prevalência e os casos graves da doença, observando-se que a suspensão do tratamento quimioterápico geralmente volta a aumentar os casos de esquistossomose, em função das condições precárias em que vivem as populações carentes, que estão associadas ao modo de vida, hábitos e costumes, os quais implicam em frequentes contatos com a água contaminada por cercárias, fase larval do parasito (*Schistosoma mansoni*).

Nesse sentido foram elencadas as dificuldades a serem enfrentadas pela Vigilância Epidemiológica (VE) da esquistossomose, devendo-se sempre identificar e combater precocemente os casos da doença. No entanto, a Secretaria de Vigilância em Saúde/MS reconhece que a detecção precoce dos portadores de *Schistosoma mansoni* se torna difícil, considerando que a infecção pode evoluir de forma silenciosa até a instalação das formas graves da doença, cabendo aos municípios realizar a busca ativa e o tratamento dos portadores, por longo prazo, em média, por períodos bienais, visando manter a prevalência baixa, reduzindo assim, a ocorrência de formas graves.

Nesse sentido, a busca ativa dos portadores de esquistossomose somente deverá ser reduzida ou interrompida quando as medidas efetivas de controle eliminarem a transmissão parasitária, embora o Ministério da Saúde mencione as condições que favorecem a ocorrência de novos casos e a instalação de focos de transmissão da doença, tais como:

- A grande área geográfica de distribuição dos caramujos hospedeiros intermediários;
- Os movimentos migratórios, de caráter transitório ou permanente, de pessoas oriundas das áreas endêmicas;
- A deficiência de saneamento domiciliar e ambiental;
- Deficiência de educação em saúde das populações sob risco de transmissão da esquistossomose (BRASIL., 2014, p.16).

Outros fatores atuam como condicionantes da esquistossomose e podem contribuir para a ocorrência da doença numa determinada localidade, tais como: o nível socioeconômico da população, sua ocupação, lazer, grau de educação e informação da população exposta ao risco de contaminação, os quais se relacionam ou contribuem, em maior ou menor intensidade, em relação ao contágio e transmissão da doença, dependendo da realidade da população local, associada e determinada pelos fatores supramencionados.

Por outro lado, Rey (1987) destaca a importância do envolvimento e a participação dos habitantes da localidade na luta contra a esquistossomose, devendo ser estimulada pelos programas de saúde, muito embora não seja tão fácil de se conseguir esse envolvimento, bem como de ser mantido por muito tempo; destaca que além de reduzir os custos do controle da doença, têm maior relevância no sentido de contribuir para uma educação sanitária, com os seguintes objetivos:

a) o reconhecimento do problema pela população local, que deverá tornar-se consciente da doença, relacionando os principais sintomas com sua causa. A comunidade deverá saber dos riscos a que estão sujeitos os pacientes, assim como das possibilidades de diagnóstico e tratamento; b) obter a cooperação de alguns moradores para a realização dos inquéritos epidemiológicos (a fim de que venham a compreender suas finalidades e importância), e para facilitar o contato com a população, reduzir as recusas e informar sobre os ausentes; c) obter a cooperação de outros moradores para a realização do reconhecimento geográfico e da identificação dos pontos de contato homem-água-vetor; d) assegurar colaboração nos estudos de factibilidade e na identificação de dificuldades locais a superar. (REY, 1987, p. 51).

Nesse sentido, as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, visando o controle e o combate da esquistossomose, reconhece a importância da Educação em Saúde (ES) e da Mobilização Comunitária, considerando que “as doenças endêmicas estão relacionadas aos modos de viver, às práticas e às atitudes das populações, requer, portanto, que o seu controle implique no envolvimento da comunidade” (BRASIL, 2014, p. 99).

Reconhece ainda, que o objetivo da Educação em Saúde não se limita a transmitir conhecimentos, mas também em compreender as concepções de vida da população, tendo como base sua visão de mundo. Destarte, os programas de combate a esquistossomose devem ser coordenados com outras entidades: instituições do governo, escolas, igrejas e organizações sociais.

Segundo Rey (1987), a participação da comunidade nem sempre é fácil de ser obtida, muito menos de ser mantida por muito tempo, pois depende de vários fatores: o grau de organização da população local, seu relacionamento com as autoridades e os serviços de saúde, de sua percepção quanto aos benefícios concretos que decorrem da participação e da facilidade de comunicação que, necessariamente, deve ser estabelecida entre os responsáveis pela saúde e lideranças locais.

O autor acima afirma que a motivação para que ocorra esse processo de envolvimento e participação da comunidade local deve se dar mediante “um fluxo permanente, que desça pelas estruturas político-administrativas e sociais, e chegue à generalidade dos membros da comunidade” (REY, 1987, p. 51).

Essa participação deve ser organizada como parte integrante dos cuidados básicos de saúde, devendo os agentes de saúde local assumir a maior responsabilidade em sua promoção.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde defende que não existam modelos padronizados para as ações de ES, considerando que a educação é um processo social que necessita de adequação à realidade social, onde cada situação deve ser enfrentada com uma atitude experimental, podendo suas ações serem redefinidas ou reorientadas quando necessárias, mediante constante processo de avaliação (BRASIL, 2014).

Considerando a importância da Educação em Saúde e a mobilização comunitária em combate à esquistossomose, o Ministério da Saúde considera que o componente de ES nos programas de controle da esquistossomose deve promover a integração com projetos nos âmbitos das esferas federal, estadual e municipal, com o objetivo de promover a melhoria das condições sociais da população sob risco, apresentando, em síntese, as seguintes estratégias educativas e sugestões para a prevenção e controle dessa endemia:

1. A partir do diagnóstico situacional realizado pela equipe de saúde, o educador em saúde deve participar das negociações para alocação de recursos e instalação do PCE, em conjunto com o sistema local de saúde, rede de ensino, associações comunitárias e empreendedores, antes da implantação das ações educativas;
2. reforçar a participação das equipes de atenção básica na execução das ações de ES;
3. incentivar a participação comunitária em todas as fases de controle, partindo da análise das relações de produção e das relações do homem com o ambiente, de modo a estabelecer um projeto comunitário e político-participativo;
4. estimular a integração dos diversos níveis da comunidade: decisório (governantes), executivo (profissionais de saúde, professores, pesquisadores, líderes de comunidade) e participativo (a população);
5. ressaltar a representatividade da comunidade nos conselhos municipais e locais de saúde (CMS e CLS), como instância legítima para planejamento, execução e avaliação das ações de ES;
6. assegurar a participação e o envolvimento de pessoas-chave da comunidade, comprometidas com o seu fazer profissional e com a população e que possam garantir a continuidade e sustentabilidade das ações de ES;
7. promover reflexões sobre os fatores socioeconômicos e culturais que afetam a saúde e condicionam o bem-estar da população;
8. auxiliar as pessoas a compreenderem que o seu próprio comportamento pode ser um fator facilitador na transmissão da esquistossomose;
9. aplicar novas abordagens ou estratégias de ensino, como relacionar conteúdos de modo interdisciplinar, enfatizando a participação dos estudantes e professores no caso das escolas e da população nas abordagens comunitárias e valorizando a construção do saber através da experiência;
10. considerar que o processo educativo não é apenas para aquisição de habilidades, mas uma construção de relações afetivas, valorização de si, respeito aos outros e responsabilidade social e ecológica;
11. é função da ES incentivar o empoderamento dos profissionais de saúde e da educação envolvidos nos programas de saúde, de modo a obter melhoria material do ambiente de trabalho, o que irá repercutir nos programas de controle (BRASIL, 2014, p. 100)

Embora sejam estratégias que efetivamente mudariam a real situação do quadro endêmico existente no país, sabe-se que, de fato, os programas de controle da esquistossomose não implementam essas estratégias, acima elencadas, com eficiência, considerando que essa

endemia transcende sua causa biológica, pois requer o entendimento de fatores sociais, econômicos, culturais e comportamentais envolvidos.

Assim, demanda medidas integradas que incluem diagnóstico, tratamento, controle de vetores, saneamento e principalmente o envolvimento e participação da população no processo, o que poderia ser alcançado por intermédio de programas de educação em saúde, face a riqueza de sua diversidade, contudo, precisa de uma identidade “para não se tornar um sal que não salga”, algo sem perspectiva de transformação e sem utopia (VASCONCELOS, 1998).

5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

As políticas públicas de saúde estão correlacionadas ao campo de ação social do Estado, com a finalidade assegurar a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho (BRASIL, 1988).

O direito à saúde foi uma grande conquista social, declarado como direito fundamental, conforme consta na Constituição Federal de 1988 (Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais, especificamente no Capítulo II – Dos Direitos Sociais), em seu artigo 6º, estabelece: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988).

Com efeito, o direito à saúde estabelecido na Carta Magna é resultante de articulações sociais e políticas, decorrente do movimento denominado Reforma Sanitária Brasileira¹⁰ (RSB), iniciado na década de 1970, em oposição ao regime autoritário. Entretanto, a população enfrenta, até o momento, grandes desafios e dificuldades para ter acesso a esse direito social de forma efetiva.

Nesse sentido, Schwartzman (2004) aponta que, em geral, direitos sociais são objeto de políticas implementadas de maneira pragmática, muitas vezes por força de lei, onde o reconhecimento da legitimidade de determinados direitos pode promover arranjos institucionais muito distintos em diferentes sociedades. Contudo, afirma:

Diferentemente disso, o Brasil tem uma longa tradição de colocar, nas leis, direitos que acabam não sendo implementados, ou só o são de forma muito limitada, levando a uma oposição entre o “legal” e o “real” que faz parte, de longa data, do imaginário político e intelectual da nação. (SCHWARTZMAN, 2004, p. 37).

¹⁰ A Reforma Sanitária enquanto proposta foi resultado de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª CNS e desenvolveu-se como processo desde então (...) seria possível definir a Reforma Sanitária Brasileira como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e a participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como formatando a ética e transparência nos governos; c) democratização da sociedade e da cultura, alcançando os aspectos da organização econômica e o da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças” em torno de um conjunto de políticas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral. (PAIM, 2007, p. 151).

Segundo o autor, a Constituição de 1988 levou ao extremo esta tradição, não somente pela ampla lista de direitos que consagra, mas sobretudo em caracterizar esses direitos de natureza “subjéitiva”, possibilitando aos cidadãos o direito de demandar judicialmente contra o Estado, para a garantia de sua satisfação.

Nesse caso, é uma minoria que busca o Poder Judiciário para a garantia desses direitos. A população carente não tem acesso, nem tampouco conhecimento de seus direitos, nem condições financeiras para garanti-los perante o Poder Judiciário.

Por outro lado, Simon Schwartzman pondera sua assertiva, afirmando que seria um equívoco pensar que esta tradição legalista brasileira seja uma peculiaridade, considerando simplesmente uma generalidade da cultura nacional, ou seja, uma deformação da nossa tradição bacharelesca.

Reconhece, portanto, que a inclusão de direitos legais tem efeito prático, pois enseja para a sociedade a percepção de que esses direitos existem e são legítimos, não podendo simplesmente ignorar o aspecto formal dos direitos sociais, com o olhar apenas com o que acontece na prática, no mundo real.

Esta situação, entretanto, pode trazer para o setor público sérios problemas quando os Tribunais criam para o Poder Executivo obrigações que extrapolam suas possibilidades financeiras e institucionais (SCHWARTZMAN, 2004, p. 38).

Na realidade grande parte desses direitos efetivamente não são usufruídos, embora a lei estabeleça a garantia. Significa afirmar, noutras palavras, que significativa parcela da população não tem acesso ao consumo de bens e serviços de cidadania. Assim o conceito de “exclusão” é inseparável de cidadania, que seria o direito que as pessoas têm em participar da sociedade e usufruir de certos benefícios considerados essenciais (SCHWARTZMAN, 2004).

O autor, com muita propriedade, questiona como entender a dinâmica e o processo que gera e recria a exclusão. Nesse sentido, argumenta que em jogo fatores de ordem econômica, social, política e cultural. Trata-se, portanto, de uma dimensão sociopolítica que envolve “múltiplos, dinâmicos e interdependentes mecanismos que cerceiam a cidadania plena e mantêm tantos membros de uma nação alijados de uma vida digna.

Além disso, a implementação de políticas públicas em qualquer área de atuação requer capacidade técnica, planejamento, organização, gerenciamento e recursos financeiros aplicados. Devem essas políticas públicas ser submetidas a sistemas de acompanhamento e

avaliação, de forma que atendam ao conjunto de necessidades e prioridades da população (SOUZA, 2006).

Preliminarmente, cabe mencionar que as políticas públicas adquiriram *status* científico em meados do século XX, na Europa e Estados Unidos, sendo, portanto, uma ciência relativamente nova.

Na Europa, a área de política pública surge como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado, considerando que o governo é, por excelência, uma das instituições produtoras de política pública; enquanto que nos Estados Unidos surge como área acadêmica, sem estabelecer relações com bases teóricas sobre o papel do Estado, com ênfase diretamente nos estudos sobre a ação dos governos (SOUZA, 2006).

No Brasil, somente no final da década de 1970, tiveram início os estudos de políticas públicas com publicação de trabalhos sobre a formação histórica das ações de governo (DIAS; MATOS, 2012).

Souza (2007) aponta que não existe uma única, nem melhor definição sobre o que seja política pública. A autora justifica sua assertiva, destacando várias definições por renomados autores:

Mead (1995) a define como um campo dentro do estado da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980) como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou por delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. Já a definição mais clássica é atribuída a Lowi *apud* Rezende (2004:13): política pública é “uma regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular o comportamento individual ou coletivo” (SOUZA, 2007, p. 68).

Assim, as políticas públicas de saúde têm intrínseca relação com o próprio contexto histórico, socioeconômico e político do país, que ao longo dos séculos vem influenciando as decisões governamentais e configurando o sistema de saúde.

Nesse sentido, Bertolli Filho (2011, p. 10), aponta que “a fase imperial da história brasileira se encerrou sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade”. Esse autor destaca a fragilidade da saúde pública e das medidas sanitárias naquele período, o que “levava a população a lutar por conta própria contra as doenças e a morte”,

cabendo destacar a seguinte assertiva, que caracteriza as disparidades e a dualidade na área da saúde desde sua gênese:

Em casos mais graves, os doentes ricos buscavam assistência médica na Europa ou nas clínicas particulares, que começaram a ser criadas na região serrana fluminense. Para os pobres, restavam sobretudo os curandeiros negros, que continuaram a ser os principais responsáveis pelo tratamento dos que tinham pouco dinheiro. Além disso, os doentes tinham muito medo de ser internados nos raros hospitais e nas Santas Casas. Em suas enfermarias, misturavam-se pacientes de todos os tipos, sendo comum dois ou mais doentes dividirem o mesmo quarto. (Idem, p.12).

Com o acesso aos serviços de saúde seletivo, a saúde pública era restrita às situações de epidemia, predominando as campanhas sanitaristas no eixo central da economia, enquanto políticas de saúde, (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002).

No início do século XX, com a economia agroexportadora cafeeira ainda em plena ascensão, o mercado de trabalho se expandiu, surgindo a necessidade de maior contingente de trabalhadores, para a manutenção produtiva entre os setores rural e urbano. Aproximadamente 1,5 milhão de estrangeiros entraram no país, principalmente italianos, para trabalhar na lavoura cafeeira, dentre outras atividades, inclusive para substituir os escravos libertados em 1888 (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Baiardi (2016, p. 210), ao abordar sobre o fim da escravidão e o surgimento do mercado de trabalho no Brasil, aponta que “a migração não Ibérica, que se revelou mais numerosa, somando mais que o dobro da Ibérica, provocou o surgimento de novos modelos de ocupação do território”, esclarecendo ainda sobre o processo de industrialização, com a seguinte assertiva:

Durante o século XX a economia brasileira se modificou e o modelo agro-exportador foi substituído por modelo de crescimento baseados na industrialização, inicialmente a indústria leve de bens de consumo, seguida da industrialização básica e, por último, a industrialização de bens de consumo duráveis e de bens de capitais, denominada indústria pesada (BAIARDI, 2016, p. 211).

Nesse contexto, a mudança no modelo econômico, direcionado para o desenvolvimento industrial, promoveu o aumento do êxodo rural, implicando num desordenado crescimento da população urbana. A falta de infraestrutura sanitária e as precárias condições de vida nas periferias das grandes cidades, promoveram maior incidência de surtos epidêmicos (ROSSI, 1980).

Com efeito, o governo priorizou o controle de epidemias no meio urbano, e saneamento dos portos, basicamente no eixo agrário-exportador e administrativo, formado pelos estados de São Paulo e Rio de Janeiro (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Foram implementadas campanhas, contra os surtos epidêmicos de febre amarela, peste bubônica e varíola. Essas medidas eram promovidas pontualmente e abandonadas assim que se conseguia controlar os surtos (BERTOLLI FILHO, 2011).

5.1 A ESQUISTOSSOMOSE MANSONI NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Embora os primeiros casos de Esquistossomose tenham sido identificados por Pirajá da Silva, na Bahia, em 1908, as ações do governo foram iniciadas somente em 1947 a 1952, período que o governo federal promove o primeiro inquérito coprológico de âmbito nacional, coordenado pelos sanitaristas Pelon e Teixeira, da Divisão da Organização Sanitária – DOS, na época, vinculada ao Ministério da Educação e Saúde, tornando-se possível constatar a distribuição geográfica da Esquistossomose mansoni no país. (BRASIL, 2014).

Segundo Barbosa et al. (2008), esse inquérito foi realizado entre escolares, na faixa etária de 7-14 anos, nas sedes dos municípios de maior importância médico-sanitária, priorizando os núcleos com população superior a 1.500 habitantes, resultando numa estimativa de 2,6 milhões de portadores de infecção por *S. mansoni*, nos 16 estados pesquisados, com uma prevalência no estado da Bahia de 16,55%.

O inquérito de Pellon e Teixeira representou um grande avanço, revelando que a esquistossomose se expandiu, alcançando ampla distribuição geográfica no país e apresentando índices de positividade superiores a 50% em escolares de vários municípios, servindo como ponto de partida para as campanhas de controle.

Nesse contexto, conjectura-se que os resultados obtidos subestimaram a real situação da endemia, considerando que foi priorizado o levantamento de dados apenas com escolares, deixando de cobrir várias localidades e municípios endêmicos (BARBOSA et al., 2008).

Mesmo após identificar a ampla distribuição da esquistossomose no país, o controle nacional da doença só foi implementado em 1975, e 20 anos após ser concluído o inquérito, através da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), época em que o Ministério da Saúde criou o Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE).

Esse Programa foi impulsionado com a criação e utilização de uma nova droga antiesquistossomótica, a oxamniquine, que conferia boa eficácia no tratamento, sendo utilizada via oral, em dose única, e não causava sérios efeitos colaterais.

Durante a execução do Programa não existia regularidade entre os intervalos dos inquéritos. As diretrizes do PECE quando implantadas se davam de forma não regular, a exemplo do uso de moluscicida para o controle dos caramujos hospedeiros, ações de saneamento, abastecimento de água e educação em saúde (BARBOSA et al., 2008).

Em 1980, o PECE, por se tornar um programa de rotina do Ministério da Saúde, passou a ser denominado Programa de Controle da Esquistossomose (PCE). As ações do PCE se limitavam ao tratamento em massa e estimulavam a participação de outros órgãos de saúde pública no diagnóstico e tratamento da esquistossomose.

Assim, o tratamento era definido em função da prevalência em cada município avaliado, conforme os inquéritos parasitológicos realizados (BARBOSA et al., 2008).

Considerando que os inquéritos não eram realizados com regularidade, não havia um controle efetivo da endemia. Além disso as demais ações para minimizar os riscos de contaminação também não eram priorizadas.

No estado da Bahia, as atividades do Programa foram iniciadas em 1979, na Bacia do Paraguaçu, numa única área endêmica, e concluídas em 1980, sendo realizados 482.509 exames coprocópicos, com 75.696 resultados positivos para *Schistosoma mansoni*, equivalente ao percentual de prevalência de 15,7% (VIEIRA, 1993 apud CARMO; BARRETO, 1994).

Somente a partir de 1986, a SUCAM promove medidas de controle noutras áreas do estado da Bahia, basicamente através de inquéritos coprocópicos em escolares, seguidos de quimioterapia. Entretanto, as políticas baseadas somente no tratamento da doença, através da quimioterapia, sob formas de campanhas, não são suficientes para a erradicação da esquistossomose.

Nesse sentido, deve ocorrer políticas públicas articuladas com outros setores da área social, que reduzam as precárias condições de vida e conseqüentemente elimine os riscos de contaminação, considerando que a organização desigual do espaço facilita a disseminação da *esquistossomose mansoni* (CARMO; BARRETO, 1994).

Em 1990, houve a fusão da SUCAM com a Fundação SESP, resultando na criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que prosseguiu com a política de controle endêmico.

Com a FUNASA, não ocorreram mudanças em relação ao desempenho do Programa. A aplicação de moluscicida se restringia aos focos de transmissão isolados em localidades com alta prevalência.

Foram criadas unidades epidemiológicas, para a formação de banco de dados parasitológicos, que serviam de base para as intervenções de controle, conforme as peculiaridades de cada unidade.

A partir da década de 1990, com a estratégia de rearranjo organizacional do Sistema Único de Saúde - SUS, foi implantado o processo de descentralização dos serviços de saúde sob a responsabilidade direta dos municípios (BRASIL, 1990).

Diante do contexto político e organizacional na área de saúde, com a criação e transformação de vários órgãos do governo, desde o primeiro inquérito realizado em meados do século XX, através de programas e campanhas, as políticas públicas não se tornaram suficientes para impedir a expansão da esquistossomose no país, nem tampouco promoveram sua erradicação.

Com a descentralização dos serviços de saúde, para atuação na vigilância epidemiológica (VE), sob a responsabilidade direta dos municípios, as políticas públicas não vêm conseguido bons resultados quanto ao efetivo controle da esquistossomose, muito menos para a sua erradicação.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, ao relatar sobre o histórico das políticas, em relação ao Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose, afirma:

A instituição e manutenção de um programa regular de controle tem contribuído para diminuir os casos da doença por meio do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno de milhares de portadores de *S. mansoni*, especialmente os casos de forma grave (hepatoesplênica), mas não tem sido suficiente para impedir o aparecimento de novos casos e novas áreas endêmicas (BRASIL, 2014, p. 17)

Não se pode negar que o tratamento periódico promove uma redução na prevalência da esquistossomose na grande maioria dos municípios endêmicos do país, tornando-se uma considerável medida de controle (BARBOSA et al., 2008). Entretanto, apenas o tratamento quimioterápico não resolve o problema, porque ocorre a reinfestação com o agente etiológico, uma vez que não há mudanças efetivas no modo de vida da maioria das populações acometidas pela esquistossomose.

Sem a melhoria das condições de vida das populações mais carentes, que vivem em locais de risco de contágio (sem infraestrutura adequada e praticamente sem acesso aos bens e serviços essenciais), se torna mais difícil resolver esse sério problema de saúde pública.

Nesse aspecto, sobleva destacar a importância da intersetorialidade na implementação de políticas públicas de saúde, visando sua melhor eficiência para a obtenção de resultados que possam contribuir na qualidade de vida e conseqüentemente na saúde.

5.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE (SISPCE)

O Sistema de Informação sobre o Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (SISPCE) foi oficializado através da Portaria nº 977, de 25 de novembro de 1994, mediante a constituição de uma comissão executiva encarregada para informatizar os dados.

Esse sistema foi implantado a partir de julho de 1995, em Minas Gerais e nos demais estados: Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Goiás, Pará e Distrito Federal, a partir de 1996. Inicialmente foi operacionalizado nos Distritos Sanitários e Coordenações Regionais da Funasa. (BRASIL, 2014).

Mediante a descentralização das ações de vigilância e controle das doenças, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde passaram a ser responsáveis pela gestão e operação das atividades do sistema.

Dessa forma, os municípios, conforme a Instrução Normativa Nº 2, de 22 de novembro de 2005, que regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica, em relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças, devem promover o envio de dados sobre a esquistossomose mansoni, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Nesse sentido, para alimentar o SINAN, cada município deve encaminhar os dados epidemiológicos para a Regional de Saúde, correlacionados a esquistossomose.

Em relação ao município de Santa Inês/BA, a 13ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES).

Em seguida, a Regional de Saúde consolida os dados do município e promove o encaminhamento para a Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

A Secretaria de Saúde do Estado, por sua vez, consolida os dados epidemiológicos de todos os municípios do Estado e promove, em seguida, o encaminhamento dos mesmos para a Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.

Mediante esse sistema, devidamente alimentado, o Ministério da Saúde detém as informações dos dados epidemiológicos de todo o país, possibilitando dessa forma, o monitoramento e avaliação como instrumento de gestão, tornando-se um instrumento de grande importância no processo decisório de cada município, para subsidiar e reorientar a programação das atividades do PCE.

Assim, o sistema de informações, consiste numa fundamental ferramenta, considerando que as informações sobre a doença disponíveis, os estados e municípios poderão adotar, com agilidade, medidas de controle, bem como planejamento de ações para a proteção e recuperação a saúde.

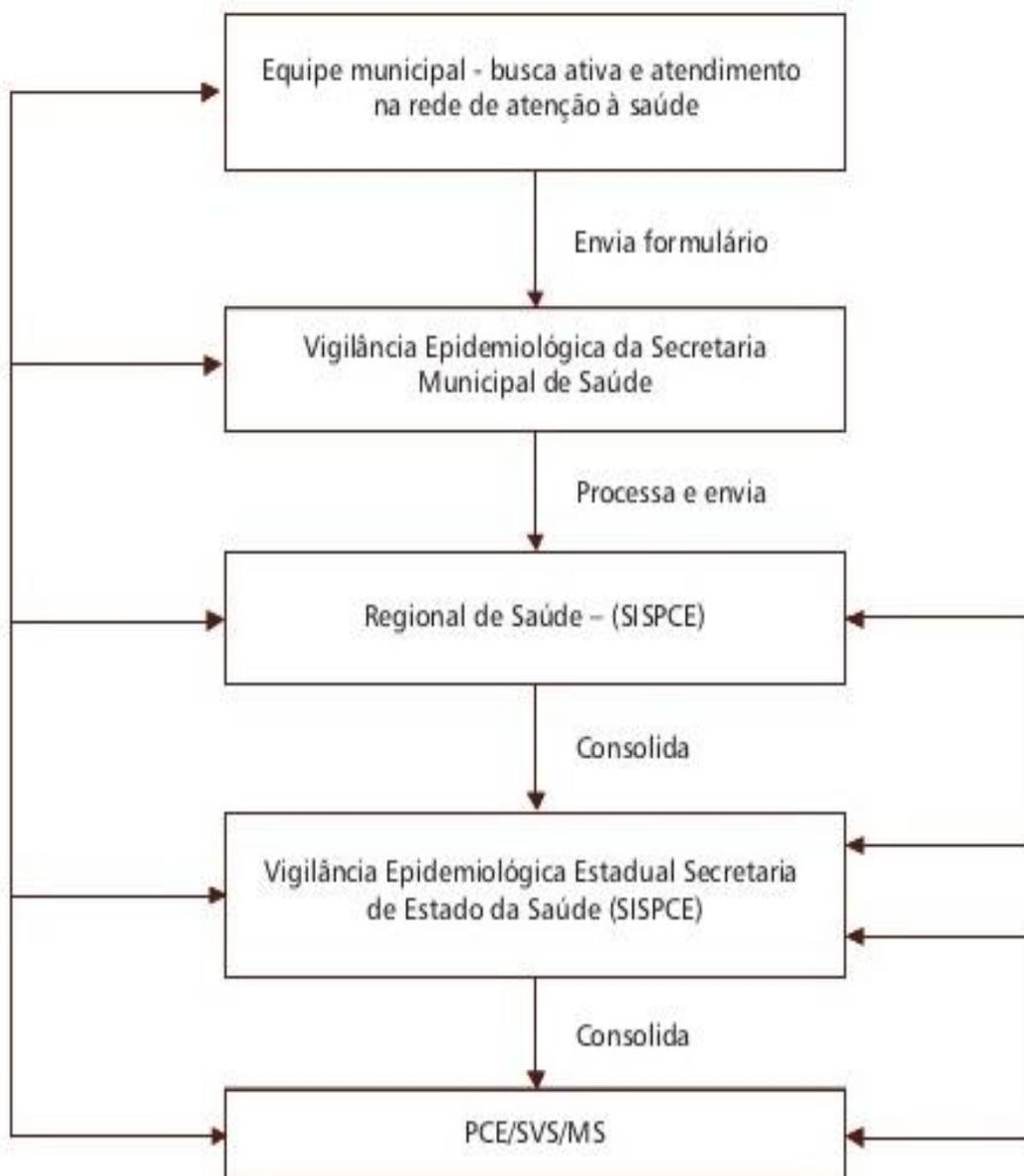
Cabe mencionar, entretanto, que no caso do município de Santa Inês, os dados epidemiológicos não refletem a realidade do quadro endêmico do município, considerando a deficiência de pessoal de saúde, questões de infraestrutura, falta de material, dentre outros fatores, que impossibilitam a realização sistemática das atividades operacionais do PCE.

Dessa forma, restringe ou interrompe a continuidade das atividades, sobretudo a realização de exames coprocópicos de rotina, impossibilitando identificar uma estimativa de da quantidade de infectados por *S. mansoni*.

Com efeito, o PCE não dispõe de dados epidemiológicos que se aproximem do real quadro endêmico do município.

No Fluxograma a seguir, a Figura 11, possibilita visualizar como ocorre o fluxo de dados epidemiológicos nas três esferas de governo.

Figura 11 - Fluxograma da remessa de dados do Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose nas três esferas: municipal, estadual e federal.



Fonte: (MENEZES, 2005; BRASIL, 2014)

5.3 A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, ao estabelecer a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, expressa com bastante propriedade de que forma esse direito deve ser garantido: “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença

e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A questão crucial, entretanto, reside na formulação e implementação das políticas públicas de saúde de forma eficiente, que possam proporcionar a efetividade desse direito.

Nesse sentido, torna-se de fundamental relevância que essas políticas sejam articuladas com as demais políticas sociais e econômicas, considerando o conceito ampliado de saúde defendido na 8ª Conferência Nacional, o qual foi incorporado à Lei Orgânica de Saúde (LOS nº 8.080/90), em seu artigo 3º, a seguir destacado:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990).

A Lei Orgânica da Saúde ao declarar os níveis de saúde da população como expressão da organização social e econômica do país, incorporou a concepção do processo saúde-doença como um fenômeno social historicamente determinado por fatores objetivos para produzir saúde, tendo como condicionantes e determinantes a alimentação, a moradia, o trabalho, o saneamento básico, o acesso aos bens e serviços essenciais, dentre outros (CORREIA; MEDEIROS, 2014).

Dessa forma, afasta a concepção abstrata de saúde como “um completo estado de bem-estar”, concebida pela Organização Mundial da Saúde (OMS-WHO, 1946).

O direito à saúde, diante de sua magnitude, transcende à mera condição de sobrevivência ou simples estado de não-adoecimento, pois se refere ao maior bem da humanidade: o direito à vida com condições que possibilitem a dignidade da pessoa humana, numa dimensão que deve contemplar outros direitos sociais, que refletem na qualidade de vida e, portanto, na saúde em seu sentido ampliado.

Teixeira e Paim (2002) apontam que o maior desafio para a implementação das políticas públicas de saúde, consiste na conjugação de esforços articulados entre os diferentes setores: saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habitação, dentre outros, visando resultados que minimizem os problemas das desigualdades sociais, implicando na qualidade de vida.

A operacionalização da intersetorialidade, compreendida como proposta inovadora, requer um planejamento e programação consubstanciados num espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas das organizações envolvidas, que possibilitem

a reorganização das práticas gerenciais, dos formatos organizacionais, principalmente no âmbito das instituições envolvidas (TEIXEIRA; PAIM, 2002).

Desse modo, Barreto (1996) defende que as políticas públicas implementadas de forma intersetorial teriam maior eficiência para a redução das desigualdades sociais, sobretudo para a promoção da qualidade de vida das populações mais carentes.

Com efeito, o Estado deve assumir uma política de saúde integrada com as demais políticas sociais e econômicas, para facilitar a garantia desse direito. Costa (2014) argumenta quanto à necessidade de o Estado assumir uma política de saúde integrada às demais políticas, para tanto esclarece que o governo deve:

Incorporar essa concepção intersetorial na forma de organizar, planejar, gerenciar e prestar os serviços de saúde, implica o desenvolvimento nos modos de intervir na realidade, direcionados para superar a cultura institucional marcada pela fragmentação, desarticulação e superposição das ações políticas, saberes e práticas institucionais e profissionais. (COSTA, 2014, p. 178).

Segundo a autora, diante de uma política fragmentada, predomina um elevado grau de exposição da população a doenças passíveis de prevenção por ações básicas de saúde, o que requer uma articulação intersetorial, sobretudo no campo da macro, com maior agregação, que, de forma estruturada, promova, no mínimo, a redução das desigualdades sociais.

O Ministério da Saúde reconhece que numa sociedade tão desigual, a saúde e a doença se manifestam, também, desigualmente, conforme as diferentes situações de vulnerabilidade e de acesso aos serviços de saúde e de qualidade de vida (BRASIL, 2007).

Por outro lado, no relatório da 8ª CNS explicita que as limitações e obstáculos quanto à aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural, nos seguintes termos:

A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração de renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987)

Pode-se afirmar que essa realidade é fruto do processo histórico e político brasileiro de origem escravocrata e patrimonialista, associada a grandes propriedades de terra, “num modelo de desenvolvimento voltado para a concentração de capitais e descurando de uma política de rendas, reforma agrária e outras medidas para reduzir a exclusão social” (BAIARDI, 2016, p. 207).

Considerando que as políticas públicas de saúde fazem parte do conjunto de políticas sociais, Souza (2006, p. 3) ao relacionar os vários fatores que contribuíram para maior visibilidade sobre políticas públicas, afirma:

A maioria dos países em desenvolvimento ou recém-democratizados, especialmente os da América Latina, ainda não se conseguiu formar coalizões políticas capazes de equacionar, minimamente, a questão de como desenhar políticas suficientes para impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte de sua população. (SOUZA, 2006, p. 3).

Diante dessa realidade, pode-se aduzir que as políticas públicas não estão sendo suficientes para atender às demandas de saúde, conseqüentemente comprometem o acesso aos demais direitos sociais que refletem na qualidade de vida individual e coletiva.

Costa (2014), aponta que a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a estrita relação entre intersetorialidade e o conceito ampliado de saúde, recomendando a sua inclusão na agenda governamental.

Nesse sentido, além de uma recomendação, consta implícita à compreensão de saúde como política de seguridade social no sentido mais amplo na Constituição de 1988 (Capítulo II da Seguridade Social – Seção I – Disposições Gerais, Art. 194 e 195), onde está incorporada a intersetorialidade:

Art. 194. A seguridade social compreende **um conjunto integrado** de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e a assistência social.

Art. 195. § 2º. A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de **forma integrada** pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos (CONSTITUIÇÃO, 1988).

Conforme os dispositivos constitucionais acima, a Seguridade Social é composta basicamente por três programas sociais distintos: Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Embora tenham o caráter comum de proteção social, existem distinções básicas quanto ao acesso e aos tipos de serviços previstos constitucionalmente:

A **saúde** (artigos 196 a 200), enquanto segmento da seguridade social, todos têm direito de acesso aos serviços de saúde pública, independentemente da condição econômica, através do Sistema Único de Saúde (SUS), constituído por órgãos federais, estaduais e municipais.

A política nacional de saúde é regulada pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, pautadas nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade ao direito de acesso aos serviços de saúde.

A **Previdência Social** (artigos 201 e 202) é um segmento da seguridade social que exige compulsoriamente a contribuição dos seus segurados, ou seja, os trabalhadores em regime geral de previdência social, ou aqueles que optem em contribuir, onde alguns benefícios são extensivos aos seus dependentes econômicos, definidos em lei específica (Lei 8.213/91).

São exemplos de benefícios desse segmento: auxílio desemprego, aposentadoria, auxílio doença, auxílio-reclusão, dentre outros previstos em leis específicas.

A **Assistência Social** (artigo 203), outro segmento autônomo da Seguridade Social, os benefícios são exclusivos para os hipossuficientes, aqueles sem condições de prover sua própria manutenção, ou que não têm família para suprir.

Para recebimento dos benefícios desse Programa social não é exigida contribuição. Exemplos de benefícios da assistência social: auxílio-natalidade; auxílio-funeral; bolsa família, dentre outros da mesma natureza.

O órgão responsável pelas ações da Assistência Social é o atual Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário¹¹, conforme estabelece o artigo 6º, §3º da Lei 8.742/1993 (BRASIL, 1993).

O quadro endêmico da esquistossomose no Brasil consiste num sério problema de saúde pública, que vem causando elevado número de internações hospitalares e mortalidade, penalizando uma parcela significativa da população. O número de casos é expressivo, conforme aponta o Ministério da Saúde:

Em 2013, foram registrados 37.215 casos de esquistossomose, em 385 municípios de 17 UF. A Região Nordeste concentrou 65,4% dos casos. No mesmo ano, foram registradas 161 internações por esquistossomose. Em 2012, foram registrados 488 óbitos pela doença, 63,3% destes na Região Nordeste. (BRASIL., 2014, p. 310)

No período de 1996 a 2014, foram registrados pelo Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) 1.299.868 casos dessa doença, somente nas áreas endêmicas, não inclusos nesse quantitativo os focos¹² isolados (BRASIL,2014).

¹¹ Os ministérios do Desenvolvimento Agrário e Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome foram extintos e no lugar dos mesmos foi criado em Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. A Lei 8.743/93 permanece em vigor.

¹² Segundo a Vigilância da Esquistossomose mansoni/MS, o foco é uma área endêmica circunscrita dentro de uma área até então indene, em geral, como consequência de alterações ambientais ou socioeconômicas que tornaram

Esse quadro promove expressivo número de internações hospitalares e de mortalidade. Conforme dados da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, através do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), no período de 1998 a 2015 foram realizadas 12.560 internações hospitalares por esquistossomose.

Com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, através da Lei 8.080/90, foi adotado o modelo de racionalização de responsabilidades entre as instâncias gestoras (Estados e Municípios), reconhecendo o município como o espaço privilegiado para tratar das questões setoriais de saúde (BRASIL, 2014).

Com efeito, o Ministério da Saúde descentralizou as ações da FUNASA e o controle da esquistossomose, o diagnóstico e as ações de vigilância epidemiológica, foram incluídos nos serviços municipais de saúde, sob a coordenação estadual, cabendo à União o apoio técnico e financeiro (BARBOSA et al., 2008).

Mesmo após a Constituição de 1988, em que a saúde “é direito de todos e dever do Estado”, garantida constitucionalmente, com acesso gratuito e universal, coexiste um sistema dualista legalmente oficializado. Menecucci (2003), caracteriza com bastante propriedade o sistema dual vigente no país, com a seguinte assertiva:

Por um lado, a atuação estatal se dá no sentido de garantir o acesso universal às ações e serviços de saúde enquanto elemento que integra a noção de direito à saúde. Por outro lado, a política de saúde passa, formalmente, a incorporar a assistência privada ao escopo da intervenção governamental sob a forma de regulação do mercado privado de assistência, com vistas a desenvolver esse mercado, garantindo os direitos do consumidor. Ao fazer isso, a própria política consagra e legitima o caráter dual da assistência. Nessa perspectiva, a ação governamental orienta-se por duas lógicas distintas: a lógica da assistência como um direito de cidadania, que traz implícitas as ideias de universalidade e igualdade; e a lógica da assistência como um bem oferecido e adquirido em um mercado que, por sua vez, remete à diferenciação por segmentos e produtos, definida a partir do poder de compra ou de condições privilegiadas de acesso ao consumo de serviços de saúde. (MENICUCCI, 2003, p. 20)

Mesmo com os avanços e conquistas sociais, prevalece a essência originária de um sistema de saúde com tratamento diferenciado, centrado no poder econômico das classes sociais, reflexo de um modelo historicamente implantado.

Não resta dúvida de que a articulação com outros setores e entre órgãos do poder público teria resultados mais efetivos, em relação às ações isoladas. Contudo, a utilização de estratégias

possível o estabelecimento da transmissão da doença. Pode ser classificado em ativo (com transmissão) ou inativo (transmissão interrompida) (BRASIL., MS., 2014, p. 83).

direcionadas para efetivar a intersetorialidade no âmbito da saúde pública é muito incipiente, pois necessita de mudanças nas formas de atuação política e na gestão das instituições (COSTA, 2014).

A intersetorialidade é um processo complexo, pois requer mudanças de concepções, valores e práticas, ou seja, mudanças na estrutura e na cultura organizacional, que em última instância se relaciona com a correlação de forças na defesa dos projetos em disputa. (COSTA, 2014, p. 184).

Mesmo havendo consenso e reconhecimento quanto à necessidade de mudanças no modelo gerencial e organizacional, no sentido de viabilizar ações articuladas entre os setores do poder público, para enfrentar a grave situação epidemiológica e sanitária, a utilização dessas estratégias são claramente deficientes, sendo um grande desafio a efetiva mudança de atuação política, bem como na gestão das instituições.

A fragilidade das políticas, agregada aos condicionantes e determinantes que facilitam a expansão da esquistossomose, inclusive em função das desigualdades socioeconômicas, contribuem de forma decisiva para a gravidade do atual quadro endêmico implantado no país. Nesse sentido, Costa (2014, p. 179), aponta, com propriedade:

De fato, as formas tradicionais de conceber e operacionalizar as políticas e as ações de saúde têm configurado um verdadeiro sistema de desatenção. Face a essa realidade, prevalece um alto grau de exposição da população a doenças passíveis de prevenção por ações básicas de saúde, e principalmente de Promoção da Saúde, que, necessariamente, requerem articulação intersetorial, sobretudo no campo da macroeconomia, desde que estruturadas com o objetivo de, no mínimo, reduzir as desigualdades sociais. (COSTA, 2014, p. 179)

Os percentuais de rede coletora de esgoto executados, principalmente na região Nordeste, revelam a fragilidade quanto ao processo de intersetorialidade no âmbito do poder público, que poderia contribuir, de forma integrada, para a política de combate à *esquistossomose mansoni*, que, ao longo do processo histórico do país, não vem sendo priorizado.

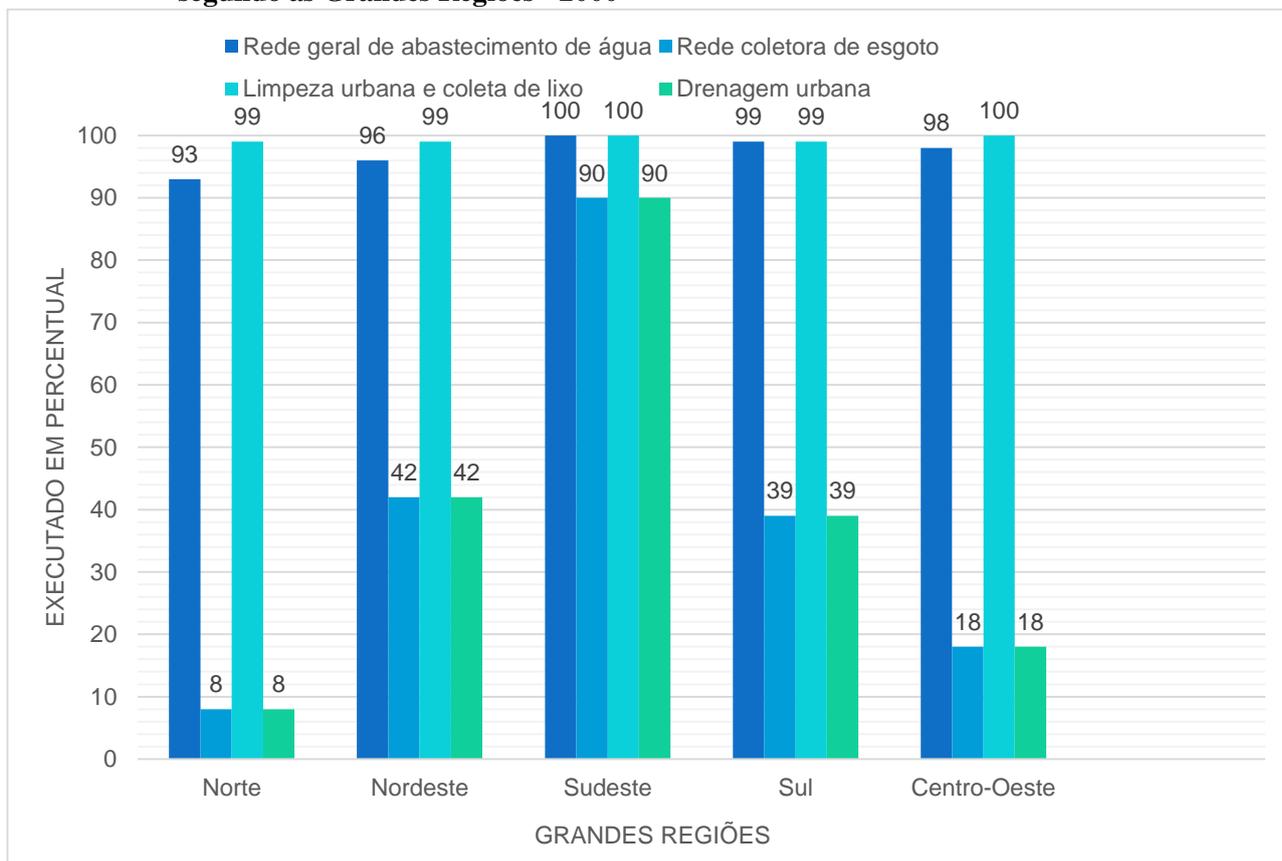
O saneamento básico, além de preservar o meio ambiente, é uma das principais medidas para evitar a disseminação da esquistossomose, inclusive de outras doenças veiculadas pela água, a exemplo da diarreia infecciosa, cólera, leptospirose, dentre outras.

Os dados do gráfico a seguir, demonstram a falta de articulação entre os setores do poder público, que têm correlação na prevenção da *esquistossomose mansoni*.

A tímida implantação de rede coletora de esgoto, com pouco mais de 40% implantada até o ano 2000, configura o grande descompasso entre o que se defende nas diretrizes aprovadas

pelo Ministério da Saúde/PCE e o que, de fato, se executa, conforme pode ser verificado no Gráfico 7, abaixo.

Gráfico 7 - Proporção de municípios com serviços de saneamento básico, por tipo de serviço, segundo as Grandes Regiões - 2000



Fonte: (IBGE, 2000) Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2000 (<http://mapas.ibge.gov.br/images/pdf/mapas/mappag23.pdf>)

Ximenes et al. (2003), apontam que a ausência de saneamento é um fator socioeconômico determinante para incidência de esquistossomose, considerando que facilita a contaminação fecal de coleções hídricas, dando início ao ciclo de transmissão da doença.

Na periferia das cidades, os sedimentos orgânicos oriundos de águas servidas e esgotos a céu aberto, além de serem utilizadas como fonte de alimento para o molusco, promovem condições favoráveis para a manutenção de focos peridomiciliares e, conseqüentemente, a transmissão e prevalência da esquistossomose (SILVA et al., 2006).

Esse condicionante sócio-ecológico e também socioeconômico, facilita sobremaneira a ocorrência de novos e sucessivos ciclos de transmissão da doença, ampliando,

consequentemente, sua incidência e expansão, afetando as populações de baixo poder socioeconômico.

Melo e Coelho (2016) apontam que o saneamento é uma medida que resulta em benefícios duradouros para a população. Esses autores argumentam que o saneamento básico, com a construção de rede de esgotos e tratamento de água, não só reduz a transmissão da esquistossomose, mas também de outras doenças de veiculação hídrica decorrentes de poluição fecal, como: salmoneloses, hepatites, giardíase, amebíase, etc.

O déficit da rede de esgotos, com tratamento adequado, significa que as políticas públicas de saúde não são suficientemente articuladas, nem tampouco priorizadas com medidas duradouras, que efetivamente minimizem os fatores de risco de infestação de doenças.

O saneamento básico deve ser priorizado pelo poder público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), por se tratar de uma infraestrutura destinada à saúde pública e de proteção ambiental.

A Constituição Federal de 1988 prevê em seu Artigo 23, que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico (BRASIL, 1988).

Considerando a importância do saneamento e abrangência sanitária desta medida profilática, e pela permanência de seus efeitos, o argumento de custo elevado se torna injustificável, pois o retorno em qualidade de vida da população torna este custo muito baixo (MELO; COELHO, 2016).

O tratamento da água é uma outra medida fundamental, por ser reconhecida como uma das ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos transmitidos. Na Bahia, segundo o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), 48% dos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) não possuem tratamento, enquanto que na região Nordeste o percentual é de 37,71% (BRASIL, 2011).

A baixa cobertura dos serviços de saneamento no Brasil, em especial da rede de esgotos, reflete diretamente na qualidade de vida e na saúde das populações mais carentes (baixa renda), além das consequências negativas provocadas ao meio ambiente, considerando as inúmeras possibilidades de agravo ao equilíbrio dos ecossistemas.

Essa realidade caracteriza grande incongruência em relação às diretrizes estabelecidas pelos programas de combate à esquistossomose, que recomendam a implantação de saneamento

básico, preconizando sua importância como medida preventiva dessa parasitose, dentre tantas outras doenças, onde na prática pouco se executou, conforme pode ser verificado no gráfico 10, principalmente em relação à rede de esgoto, realidade não diferente no município de Santa Inês, com apenas 40,5% da rede de esgoto implantada em 2000 e 66,2% em 2010.

Nesse sentido, fica evidenciado que o esgotamento sanitário não vem sendo prioridade das políticas públicas, considerando que sua implantação em maior escala refletiria de forma positiva na supressão do quadro endêmico da esquistossomose existente no país, que se expandiu ao longo do processo sociopolítico e histórico, e continua sua prevalência, resistindo ao modelo de combate adotado pelo sistema de vigilância epidemiológica.

5.4 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS E A REALIDADE NO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA EM RELAÇÃO AO CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE

No período que antecede à Lei orgânica 8.080, de 19/09/1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde já havia se tornado um marco referencial para a organização dos serviços de saúde, como proposta que configurava numa das principais alternativas de mudança do modelo assistencial.

Com a criação do SUS e a descentralização dos serviços de saúde, houve o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, tornando-se mais frequente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais, embora a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2012, p. 22).

O Programa Saúde da Família (PSF) implantado em dezembro de 1993, baseado em algumas experiências municipais, que estavam em andamento no país, surgiu como proposta desafiadora para a reestruturação do sistema de saúde, com a finalidade de organizar a Atenção Primária e substituir o modelo tradicional existente (BRASIL, 2010, p. 7).

Cabe destacar que o Programa Saúde da Família (PSF) se tornou um grande referencial em todo o território brasileiro, considerado suporte essencial para a Atenção Básica à Saúde, onde a assertiva abaixo revela a importância de sua implantação:

O Programa Saúde da Família nasceu da indignação pelo fato de que, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde continuava precário ainda em 1993 e cerca de 1.000

municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico nessa época. Essa também foi a mesma razão da existência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 (BRASIL, 2010, p. 21).

Diante de sua expansão e importância, o PSF passa a ser considerado uma referência na perspectiva da Atenção Primária, aonde, posteriormente, na década de 2000, o PSF assume o status de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Com abrangência nacional, a ESF se consolidou como uma política prioritária, visando a reorganização da Atenção Básica no Brasil, e como ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, ao mesmo tempo considerada como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2006).

A política de Atenção Primária à Saúde (APS), decorrente de um processo sócio-histórico, motivado pelos movimentos sociais, pelas Conferências Nacionais e Internacionais de Saúde, e pela própria Reforma Sanitária Brasileira (RSB), é pautada numa visão que extrapola a atenção médica tradicional, considerada de elevado custo, portanto se contrapõe ao modelo médico-assistencial privatista brasileiro.

Com efeito, a APS sofreu grande influência das discussões e deliberações da Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada em 1979, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), cuja meta, entre os países membros, seria atingir o maior nível de saúde possível até o ano de 2000, através da APS (OMS; UNICEF, 1979).

Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para todos no Ano 2000”, cujo pacto foi assinado por 134 países. Nessa Conferência, que consolidou a Declaração de Alma-Ata, ficou reconhecido e divulgado que nos países em desenvolvimento a situação de saúde de centenas de milhões de pessoas seria inaceitável, considerando que, mais da metade da população mundial não usufrui dos benefícios de um adequado atendimento à saúde (OMS; UNICEF, 1979).

A Conferência de Alma-Ata defendeu que os cuidados primários de saúde são aqueles baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, em tecnologia de acesso universal, para os indivíduos e suas famílias, a um custo que a comunidade e os países possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, numa dimensão pautada na autoconfiança e autodeterminação (OMS; UNICEF, 1979).

Nessa perspectiva, os cuidados primários são parte integrante do sistema de saúde do país, devendo ser o ponto central desse sistema, bem como instrumento fundamental para o desenvolvimento socioeconômico da comunidade.

Esses cuidados são o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, tornando-se a porta de acesso ao sistema nacional.

A Conferência de Alma-Ata reconheceu a grande necessidade dos países, no sentido de promover o redirecionamento de seus sistemas de saúde, com o propósito de oferecer serviços básicos ao conjunto da população.

Foi definido, então, que os cuidados primários de saúde envolvem, no mínimo, oito elementos: educação em saúde, nutrição adequada, cuidados de saúde para a mãe e a criança, saneamento básico e água limpa, controle das principais doenças infecciosas por meio de imunização, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento de doenças e lesões comuns, e provimento de medicamentos essenciais (OMS; UNICEF, 1979).

Dessa forma, a OMS/UNICEF divulgaram e defenderam a atenção primária como o primeiro nível do sistema de saúde, mediante ações prioritárias, estrategicamente consideradas essenciais, portanto de grande impacto positivo na saúde da população. Nesse sentido, os cuidados primários de saúde foram definidos, nos seguintes termos:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS; UNICEF, 1979).

Torna-se relevante destacar alguns aspectos importantes, discutidos e defendidos na Conferência de Alma-Ata, em relação à Atenção Básica à Saúde (ABS). Esses aspectos foram essencialmente primordiais, porque serviram como proposições estratégicas para o desenvolvimento da APS, com a finalidade de promover a melhoria das condições de vida das populações:

- 1) A Conferência reconheceu o íntimo inter-relacionamento e a interdependência da saúde com o desenvolvimento econômico e social, em que a saúde ao mesmo tempo leva e está subordinada à progressiva melhoria das condições e da qualidade da vida;
- 2) Os cuidados primários de saúde são parte integrante do processo de desenvolvimento socioeconômico, portanto as atividades do setor da saúde em níveis nacional, intermediário e comunitário, ou local, devendo essas atividades serem coordenadas em sintonia com as dos outros setores sociais e econômicos, tais como: a educação, a agricultura, a pecuária, o abastecimento de água a domicílio, a habitação, as obras públicas, as comunicações e a indústria. Trata-se, portanto, da necessidade de uma política abrangente e articulada, de forma intersetorial. Assim, reconhece e declara que as atividades de saúde devem ser desenvolvidas conjuntamente com outros setores, com a adequação de medidas que promovam a melhoria da nutrição, especialmente a materno-infantil, o aumento da produção e do emprego e uma distribuição mais equitativa da renda pessoal, o combate à pobreza, inclusive a proteção e melhoria do meio-ambiente;
- 3) A importância da participação comunitária de forma integral e organizada, visando a autoconfiança dos indivíduos, famílias e comunidades, para que assumam maior grau de responsabilidade por sua própria saúde;
- 4) A necessidade da participação da comunidade na determinação e solução de seus problemas de saúde, podendo ser facilitada pelo apoio de grupos, a exemplo dos órgãos locais de governo, líderes locais, grupos voluntários, grupos de consumidores, dentre outros, de forma que promovam o esclarecimento popular e que os cuidados primários de saúde sejam parte integrante do desenvolvimento comunitário e nacional. Recomenda, portanto, que os cuidados primários não sejam desenvolvidos de forma isolada, sendo indispensável que a promoção, a coordenação e o apoio administrativo não se restrinja apenas em nível local, mas também em níveis intermediário e central;
- 5) A importância de uma política de distribuição equitativa dos recursos disponíveis, em especial, dos recursos oficiais, para um atendimento adequado aos grupos populacionais carentes de cuidados primários de saúde. As políticas nacionais de desenvolvimento da saúde devem priorizar o acesso de toda a população aos cuidados primários de saúde, como parte integrante de um sistema geral de serviços de saúde, devendo considerar as características geográficas, sociais, culturais, políticas e econômicas específicas do país;

- 6) O êxito de qualquer estratégia de cuidados primários de saúde necessita do total empenho e cooperação de todos os setores do governo, reconhecendo que a melhoria da saúde contribui substancialmente para o aumento da produtividade e do bem-estar individual e comunitário. Todos os setores que refletem na saúde, devem receber a atenção que merecem, para a efetiva colaboração em benefício da saúde;
- 7) A Conferência reafirmou que cabe aos governos a responsabilidade pela saúde de seus povos e que tal responsabilidade só pode ser exercida por meio de medidas sanitárias e sociais adequadas, equitativamente distribuídas. Como parte do sistema geral de saúde do país, os cuidados primários de saúde contribuem em grande escala para a consecução desses objetivos sanitários e sociais básicos. Desse modo, cada país deve interpretar e adaptar as particularidades e os detalhes dos cuidados primários de saúde ao seu próprio contexto social, político e de desenvolvimento. (OMS; UNICEF, 1979).

Como se verifica, a Declaração de Alma-Ata se tornou um importante referencial, indicando e recomendando diretrizes para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS), defendendo e demonstrando a sua importância como núcleo central de um sistema de saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), normatizada através da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, preconiza o vínculo da equipe da Saúde da Família, visando a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção no contexto sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012).

Com a edição da Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), defendendo uma política de trabalho pautada no desenvolvimento de relações de vínculos e responsabilização entre as equipes multiprofissionais de saúde e a população, a Atenção Básica à Saúde (ABS) foi definida da seguinte forma:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas

populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012, p. 19).

Nessa perspectiva, numa dimensão de elevada complexidade para atender às demandas requeridas pela Atenção Básica, a filosofia do PSF, mesmo com os fatores limitantes e muitos desafios a serem superados, passou, então, a ser reconhecido e denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando sua importância para a organização do sistema de saúde (ABS).

Assim, a ESF tem como característica diferencial a interação e integração com a comunidade local, buscando respostas para as necessidades de saúde da população, mediante um vínculo mais forte com a comunidade, com grande diferencial em relação às UBS tradicionais, centradas no modelo biomédico, focadas no tratamento curativo.

A ESF, desde sua implantação, vem estabelecendo laços interpessoais de cooperação mútua entre a comunidade e os profissionais da equipe Saúde da Família (e-SF).

Cabe mencionar que um dos aspectos essenciais da ESF, consiste na atuação de equipes multiprofissionais composta, no mínimo, por:

- a) Médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade;
- b) Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- c) Auxiliar ou técnico de enfermagem;
- d) Agentes comunitários de saúde. Podendo ainda ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde considera a ESF um instrumento de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, considerando que favorece uma reorientação do processo de trabalho, com maior potencial para intensificar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica.

Diante da importância e expansão da EFS, o projeto de Lei Orçamentária Anual /2017, para Atenção Básica, destinou alocação de recursos na ordem de R\$ 16,1 bilhões, dos quais R\$ 10,7 bilhões são repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, para o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2016).

O Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, destaca que do montante alocado, equivalente a R\$ 16,1 bilhões, para ABS, 10,7 bilhões foram destinados às despesas com o atendimento primário de saúde, agregando as estratégias de prevenção e tratamento de agravos simples, através do Programa Saúde da Família (PSF), que não necessitam de atendimento hospitalar.

Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF), presente em mais de 95% dos municípios, prioriza as áreas mais pobres, onde as necessidades de saúde são maiores.

A Atenção Básica à Saúde (ABS) conta com aproximadamente 40.000 Equipes de Saúde da Família (ESF), 24.000 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e 266.000 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2015, p. 21).

O Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde, apontam que a ESF realiza um trabalho sistematizado e centrado na interação direta com a comunidade, o que possibilita ampliar a resolutividade e impacto positivo na situação de saúde das pessoas e da coletividade. Dessa forma, propicia uma importante relação custo-efetividade e vínculo de confiança entre os profissionais de saúde e os usuários desses serviços (BRASIL, 2012).

O vínculo significa um grande diferencial da ESF, justamente porque consiste na construção de relações de afetividade e autodeterminação entre a comunidade e os profissionais da equipe de Saúde da Família (e-SF).

Com uma política alicerçada nos princípios supramencionados, o Ministério da Saúde admite que a ESF facilita a construção de um processo de corresponsabilização pela saúde, permitindo, sobremaneira, a longitudinalidade¹³ do cuidado, além de revitalizar sistematicamente o potencial terapêutico. Assim, a assertiva abaixo demonstra que a ESF é um instrumento essencial para a ABS:

A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da Atenção Básica de Saúde (ABS), tendo como instrumento principal a ESF, como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção” (BRASIL, 2012, p.21).

O reconhecimento de que a ESF é um componente primário de um sistema público de saúde de amplitude nacional, implica, naturalmente, no redimensionamento de sua importância.

¹³ A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2012, p. 21).

Contudo, o impacto da ESF na saúde dos usuários do SUS, depende, também, de sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde: ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência, inclusive com a rede de serviços de atenção à saúde mental.

São muitos desafios e dificuldades, para que a ESF se consolide como uma estratégia capaz de reorientar as ações de saúde, em substituição ao modelo assistencial hegemônico, centrado no atendimento médico, sobretudo para reverter num modelo que, de fato, possa promover a prevenção e promoção da saúde de forma efetiva, com acesso universal aos serviços de saúde.

As dificuldades e desafios que permeiam a ESF não diferem tanto das enfrentadas pelo próprio SUS, diante de uma elevada e complexa gama de atribuições, conforme elencadas no Artigo 7º da Lei 8.080/90, além dos problemas de natureza diversa (insuficiência orçamentária e financeira, déficit de pessoal, falta de insumos, medicamentos, equipamentos, dentre outros), que comprometem a oferta dos serviços de saúde, reduzindo a possibilidade do acesso universal, bem como a efetividade dos demais princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição Federal e legislação supramencionada.

O Ministério da Saúde reconhece, mesmo com os inegáveis avanços na organização da Atenção Básica, mediante a descentralização das ações de Vigilância em Saúde, ainda persistem vários problemas referentes à gestão e organização dos serviços, que comprometem a integralidade do cuidado.

Apointa ainda, que a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada parte integrante da política de Atenção Básica (ABS) no Brasil, incorporou os princípios e diretrizes do SUS, cabendo mencionar os princípios da **universalidade**, da **integralidade**, da **autonomia das pessoas**, da **igualdade da assistência à saúde**, **descentralização**, **a participação da comunidade**, **a regionalização** e **hierarquização da rede de serviços de saúde** (BRASIL, 1990).

Conforme explicita Paim (2009), princípios são aspectos derivados da moral, da ética, da filosofia, da política e do direito:

- **Universalidade** – supõe o direito à saúde para todos, incluindo acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Esse princípio é considerado um dos mais importantes, aduzindo num fundamento para a afirmação de que a saúde é um direito de todos, sem distinção e pressupõe que sua garantia deve ser responsabilidade do Estado.

- **Integralidade** – se refere a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis do sistema. A integralidade pode ser compreendida sobre dois prismas: a integralidade vertical, que consiste na necessidade de se ver o ser humano como um todo e não apenas como um somatório de órgãos e aparelhos; a integralidade horizontal, onde a ação deva abranger seus três enfoques: promoção, proteção e recuperação da saúde.
- **Autonomia** – esse princípio está associado à liberdade de escolha e decisão do paciente, na defesa de sua integridade física e mental, diante das ações e serviços de saúde colocados à sua disposição. Esse princípio está associado ao direito de informação. Se o cidadão é bem informado e possui maior grau de instrução, possui maior faculdade de atuar com maior autonomia.
- **Igualdade da assistência à saúde** – esse princípio consiste em não discriminar a prioridade e a qualidade da atenção. Supõe que todos os cidadãos têm igualdade de acesso às ações e serviços de saúde, sem discriminação para o acesso, nem tratamentos diferenciados para problemas iguais. Essa igualdade, pode ser transformada em desigualdade, quando se utiliza o tráfico de influência para se obter prioridades e tratamento diferenciado. Os serviços públicos de saúde devem tratar todos de maneira igual, sem discriminação.
- **Descentralização** – esse princípio-diretriz, consiste na redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados, em que a união só deve executar aquilo que o nível local, municípios e estados, não podem ou não conseguem. A gestão do SUS passa a ser responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios, com direção única em cada nível de governo, onde o município assume a execução de todas as ações de saúde.
- **Participação da comunidade** – consiste na participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema, em seus diversos níveis federativos, nos espaços de controle social, em especial nos conselhos e conferências.
- **Regionalização e Hierarquização** – esses princípios decorrem da impossibilidade de os municípios oferecerem integralmente os serviços de saúde, tornando-se necessário uma estratégia regional de atendimento. As ações e serviços de saúde

devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada, considerando que a maioria dos municípios não têm capacidade de atender a toda sua demanda em todos os níveis de atenção. Dessa forma, a integralidade da assistência é contemplada pela regionalização e hierarquização, para atender aos distintos níveis de serviços de saúde: a atenção básica ou atenção primária à saúde, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar. A hierarquização não se refere aos níveis de governos federal, estadual e municipal, mas sim em relação ao sistema público de saúde no que se refere aos níveis de atendimento/serviços, ou seja, inicia pela atenção ao indivíduo, à família e à comunidade por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, do Programa de Saúde da Família, das Unidades Básicas de Saúde, com seus procedimentos de menor complexidade tecnológica (equipamentos e aparelhos) e da mais alta complexidade de saber e prática humanos. Desse modo, da atenção primária, passa para a secundária (especialistas, exames mais complexos, internações em clínicas básicas, como pediatria, clínica e cirurgia gerais, ginecologia e obstetrícia); da secundária, para a terciária com profissionais e hospitais em áreas mais especializadas. Na quaternária se encontram os profissionais e hospitais superespecializados em uma única área, como os de cardiologia, neurologia, cirurgia plástica, dentre outras.

Embora essas diretrizes e princípios estejam normatizados, conforme estabelecidos na Lei orgânica 8.080/90, que instituiu o SUS, existe uma grande lacuna entre o SUS instituído e o SUS materializado.

Sabe-se que esses princípios não são negados explicitamente, contudo, na prática, são visivelmente comprometidos e deficitários, a exemplo da grande dificuldade com o exaustivo e desgastante processo de acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo do SUS.

Na maioria das vezes caracterizado por longos períodos de espera, com filas intermináveis, inclusive com muitas unidades de saúde precárias, onde frequentemente faltam equipamentos, medicamentos e profissionais de saúde, dentre outros problemas correlacionados à sua própria gestão.

Essa realidade descrita não tem o propósito de desqualificar a magnitude do SUS, mas apenas para demonstrar sua precariedade, não cabendo desmerecer tão importante conquista e grande avanço social, com sua institucionalização.

Paim (2009) aponta que, “apesar de reconhecer conquistas importantes a partir do SUS, considera inaceitável a persistência de problemas para os quais reconhecemos as soluções e teríamos condições de praticá-las”.

Destaca que não são questões técnicas, nem falta de tecnologia e conhecimento que impedem a imediata superação desses problemas e assevera:

O SUS já representa um patrimônio nacional, apesar das suas dificuldades e da sanha dos seus inimigos, detratores e sabotadores. Mas há muito que caminhar, para alcançar a universalização real, a redução das desigualdades e maus tratos, a qualidade e a efetividade na atenção à saúde. A cada momento, surgem novas ameaças contra aquilo que já foi conseguido. Mesmo governos que se declaram favoráveis ao fortalecimento do SUS praticam contingenciamento de recursos, cortes orçamentários e manipulações financeiras que garroteiam a sua expansão, dificultando o direito aos serviços de saúde. (PAIM, 2009, p. 116).

Diante desse contexto, à proporção em que o SUS é precarizado, com o evidente comprometimento de sua missão institucional, mais consolida-se o mercado de serviços privados de saúde, numa lógica que contempla a mercantilização desses serviços, contribuindo para acumulação do capital da rede privada, onde o Estado deixa de ser executor de forma eficiente.

Cabe destacar a assertiva, a seguir, que ratifica e demonstra a lógica de um sistema de saúde fragilizado, por questões de natureza essencialmente política, conforme mencionado por Paim (2009), ao apontar que a precariedade do SUS não decorre de questões técnicas, nem falta de tecnologia e conhecimento, onde os demais níveis de atenção à saúde, com maior complexidade, estão concentrados e direcionados ao setor privado de saúde:

Na lógica do Estado Neoliberal, a ênfase na APS permite um intencional descuido com os demais níveis de atenção. Os níveis de média e alta densidade tecnológica estão, à luz da priorização da APS, sendo cada vez mais estruturados a partir dos serviços privados, contratados com recursos públicos. Para manter esta relação mercadológica, parece oportuno o sucateamento da rede pública, que ao ser desfinanciada obriga o usuário a buscar os serviços do setor privado. (MARQUES; MENDES, 2002, apud MARTINIANO, et al., 2014, p. 365).

Esses autores apontam ainda, com propriedade, que embora se tenha avançado em muitos aspectos no setor saúde, existe um antagonismo entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista, que gerou um sistema de saúde com três subsetores:

- A atenção primária, financiada pelas três esferas públicas, concentrada na oferta da atenção primária à saúde, de baixa densidade tecnológica e de setores especializados, poucos atraentes ao setor privado, pelo custo que representam;

- Um subsetor privado, com fins lucrativos, que abrange os serviços de média e alta densidade tecnológica, financiado com recursos públicos e privados;
- Um subsistema suplementar, caracterizado pelos diversos planos de saúde e seguros

Cabe afirmar que a vigilância em saúde, deve estar incorporada ao cotidiano das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família (BRASIL, 2008). Assim, o trabalho da equipe Saúde da Família (e-SF) se caracteriza pelo mais elevado grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, que envolve um conjunto de ações pelos diferentes profissionais das equipes de saúde da Atenção Básica/Saúde da Família. Conforme defende a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Em relação ao controle e tratamento da esquistossomose, o Ministério da Saúde especifica as atribuições dos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, descritas no Caderno de Atenção Básica nº 21 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008)

Com efeito, a atuação dos profissionais de saúde deve ser de forma integrada, respeitando as especificidades de cada profissional, para que não ocorra a duplicidade de ações, muito embora sejam distintas e complementares em razão das especificidades de cada profissão.

No município de Santa Inês/BA, campo da pesquisa, foi verificado que apenas 02 (dois) profissionais de saúde, a Coordenadora da Vigilância Epidemiológica (VIEP/PCE) e 01 (um) Agente de Endemias se envolvem com as atividades operacionais do PCE, conforme constatação *in loco*, através das entrevistas realizadas, tanto com a gestora de saúde, quanto com os dois profissionais acima mencionados, sendo confirmada essas mesmas informações por um agente de saúde da Estratégia da Saúde (e- SF).

Embora o Ministério da Saúde estabeleça a atuação desses profissionais, conforme atribuições definidas na referida norma, no município de Santa Inês/BA, não há o envolvimento nem a participação dos profissionais das equipes da ESF nas atividades do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE).

A inexistência de uma interação e integração entre os profissionais da ESF e do PCE, principalmente para atuação, em conjunto, na execução e desenvolvimento das atividades operacionais do PCE, reflete numa política de prevenção, tratamento e controle da esquistossomose, fragilizada e ineficiente.

Cabe mencionar que, das 05 (cinco) equipes de Saúde da Família (e-SF) existentes no município de Santa Inês/BA, uma atua na zona rural e quatro na zona urbana, conforme informação obtida no campo de pesquisa.

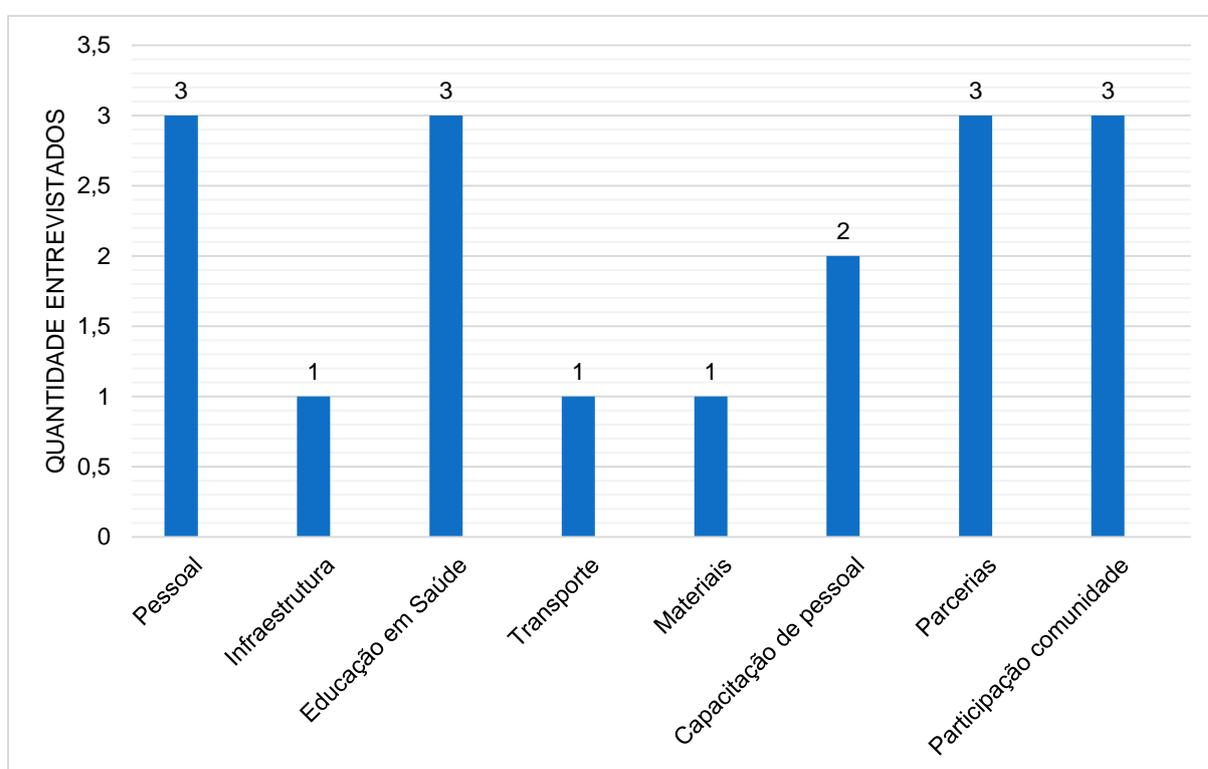
Cada equipe da ESF é constituída com os seguintes profissionais: 01médico, 01 odontólogo, 01repcionista, 02 técnicos de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde, que deveriam atuar de forma integrada com os profissionais do PCE.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a finalidade de facilitar a apresentação dos resultados e discussão desta pesquisa, conforme os dados e informações intrinsecamente correlacionados ao objeto de estudo, tendo como foco central as políticas públicas de saúde do PCE, foram elaborados gráficos, a seguir apresentados, com o propósito de possibilitar ao leitor maior compreensão e visibilidade sobre os resultados, priorizando uma discussão contextualizada e fundamentada.

Conforme o Gráfico 8, abaixo, os fatores restritivos ao controle da esquistossomose, que interferem nas políticas do PCE, identificados nas entrevistas foram os seguintes: quantidade de pessoal insuficiente para o desenvolvimento das atividades operacionais do PCE, falta de educação em saúde, de parcerias entre a Secretaria de Saúde e órgãos públicos, e de participação da comunidade nas políticas do PCE (100% dos entrevistados indicaram esses mesmos fatores); infraestrutura inadequada e falta de transporte (apontados pela gestora de Saúde); materiais insuficientes (apontado pela Coordenadora do PCE) e a inexistência de treinamento/capacitação de pessoal (mencionada pela Coordenadora do PCE e pelo Agente de Combate às Endemias).

Gráfico 8 - Fatores restritivos ao controle da esquistossomose no município de Santa Inês/BA



Fonte: Atividade pesquisa de campo (entrevistas realizadas pelo autor em outubro/2017)

6.1 INSUFICIÊNCIA DE PESSOAL

A insuficiência de pessoal na área de saúde, no município de Santa Inês/BA, para desempenhar as atividades do Programa de Controle da Esquistossomose, traduz num grande e principal entrave que impacta negativamente no desempenho das políticas públicas, correlacionadas à prevenção, tratamento e controle da esquistossomose.

Isso foi apontado, por unanimidade dos entrevistados, como um dos principais fatores que dificulta ou inviabiliza a efetividade, eficiência e eficácia dessas políticas.

Ao entrevistar a gestora de Saúde do município, solicitando listar os fatores no âmbito das políticas públicas que dificultam a obtenção de melhores resultados na prevenção e controle da esquistossomose, por ordem de prioridades, a insuficiência de pessoal foi o primeiro a ser apontado, ao afirmar:

“Eu vejo que a grande dificuldade nossa enquanto Secretaria de Saúde é a falta de pessoal para formar uma equipe para o PCE”.

*“Trabalham nas atividades do PCE, apenas dois profissionais, sendo um quadro de pessoal **insuficiente** para atender ao Programa de Controle da Esquistossomose (PCE)”. (grifo nosso)*

Da mesma forma, a Coordenadora do PCE, ao abordar sobre às condições de trabalho, afirma:

“Avalio que as condições de trabalho são muito insuficientes. Não tem pessoal suficiente, falta de material, não existe uma divulgação para alertar a comunidade sobre a gravidade da doença...”

Nesse mesmo sentido, o Agente de Combate às Endemias, também alega a insuficiência de pessoal, numa realidade que demonstra a incongruência em relação ao que preconiza as diretrizes do PCE, ao defender sobre a importância da esquistossomose como problema de saúde pública, inclusive em relação à complexidade do mecanismo de transmissão e diversidade dos fatores condicionantes, que depende de várias ações preventivas (BRASIL, 2014, p. 15), listando: diagnóstico precoce e tratamento oportuno, vigilância e controle dos hospedeiros intermediários, ações educativas em saúde, dentre outras. No entanto, como executar essas atividades, dentre tantas outras, sem um quadro de pessoal suficiente?

O município, com uma população estimada de 10.363 habitantes, segundo o censo demográfico (IBGE, s.d.), com apenas 02 (dois) profissionais de saúde no PCE, as políticas de prevenção, tratamento e controle da esquistossomose não têm condições de desenvolver, além

das atividades administrativas, atender às atividades operacionais do Programa, cabendo destacar ainda, as seguintes atividades de rotina: distribuição e recolhimento de coletores nas residências, preparo e análise de lâminas referentes aos exames coprológicos, entrega de resultados dos exames, bem como o tratamento, acompanhamento e controle dos casos positivos, com a entrega e administração do medicamento de cada indivíduo infestado, em suas respectivas residências.

Diante da gama de atividades previstas no PCE, além do controle malacológico que não é realizado no município, fica comprovada a insuficiência de pessoal para atender, com efetividade e eficiência, às atividades do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE).

6.2 INFRAESTRUTURA DEFICITÁRIA E A FALTA DE VEÍCULOS PARA ATENDER ÀS ATIVIDADES DE ROTINA DO PCE

Outro aspecto que fragiliza as políticas do PCE, apontado pela gestora de Saúde, se refere à infraestrutura, considerada deficitária.

A Secretária de Saúde do município, ao argumentar na entrevista sobre as dificuldades para obtenção de melhores resultados do PCE, afirma:

“A gente tem outros problemas: estrutura física, (...). O Programa de controle da esquistossomose é muito importante e de uma abrangência muito grande e seria necessária uma equipe e estrutura própria, mas não tem essa estrutura”.

A infraestrutura tem grande importância, porque promove condições de trabalho adequadas, por ser um suporte essencial para o desempenho das atividades, o que facilitaria o trabalho dos profissionais de saúde, para obtenção de melhores resultados. A Secretária de Saúde reconhece a importância da infraestrutura, ao afirmar:

“O Programa de controle da esquistossomose é muito importante e de uma abrangência muito grande e seria necessária uma equipe e estrutura própria, mas não tem essa estrutura”.

O PCE não dispõe de um veículo exclusivo para atender aos trabalhos de rotina, o que inviabiliza a entrega e busca de coletores nas residências, conforme aponta a gestora de Saúde, ao se referir à estratégia de locomoção:

“Temos 5 veículos sendo que 4 deles a gente utiliza para fazer as viagens, para outros municípios, consultas, exames, acompanhamentos, e um veículo para a saúde básica (serviços internos). Então o PCE não tem um veículo exclusivo”.

A infraestrutura deficitária é outro fator que repercute negativamente no desempenho das políticas de saúde, correlacionadas às atividades do PCE.

A indisponibilidade de veículos, compromete a efetividade, eficiência e eficácia dessas políticas, que, de fato, sem uma logística de transporte, inviabiliza as atividades operacionais do PCE, principalmente em relação às visitas domiciliares, de rotina, para a entrega e recebimento de coletores, inclusive de medicamentos.

A descontinuidade das atividades essenciais do PCE, em função da falta de transporte, compromete a prevenção e tratamento da doença, situação que torna essa endemia subnotificada e com maior possibilidade de disseminação e prevalência, onde os dados epidemiológicos não refletem o real quadro endêmico do município.

6.3 INEXISTÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A COMUNIDADE NÃO PARTICIPA, NEM COLABORA COM A PREVENÇÃO, TRATAMENTO E CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE

A falta de programas e ações direcionados à **educação em saúde** foi outro fator sinalizado por todos os entrevistados que inviabiliza as políticas do PCE, e contribui para a prevalência endêmica, embora a gestora de saúde tenha informado sobre um recente convênio firmado com o Instituto Federal Baiano – Campus Santa Inês, o qual ainda não foi implementado.

Diante da inexistência da educação em saúde no município, uma estratégia fundamental recomendada pelas diretrizes do PCE (BRASIL, 2014), a população permanece desinformada sobre a gravidade da esquistossomose que, por sua vez, não se envolve, nem colabora com as políticas de prevenção, tratamento e controle dessa endemia. A coordenadora do PCE, ao ser entrevistada, afirma:

“Até o momento, a comunidade não se envolve, nem participa de nenhum evento de conscientização sobre a doença. Não é feito esse trabalho de divulgação sobre a doença, nem controle de moluscos”.

Nesse mesmo sentido, o agente de combate às endemias externaliza a dificuldade que enfrenta no desempenho de suas atividades, com a seguinte assertiva:

“A população não colabora com nosso trabalho, cerca de 70% dos examinados acusa Schistosoma. Até para fazer o exame têm resistência. De três meses para cá, tem morrido gente e então causou certo medo. Estão aceitando fazer os exames, mas precisa realizar palestras”.

Além da população não colaborar, fica evidenciada a falta de compromisso das políticas públicas no combate a essa endemia, conforme se verifica na fala do agente de controle às endemias, ao responder por que as políticas públicas de saúde não conseguem erradicar a esquistossomose no município de Santa Inês:

“Além da população não colaborar, falta também incentivo das próprias políticas públicas. É uma área esquecida por eles. Para essa área é muito difícil... não tem condições técnicas”.

Quem vivencia a realidade, percebe a falta de compromisso e de vontade política no enfrentamento e combate da esquistossomose.

A Secretária de Saúde, ao ser entrevistada, também reconhece que a comunidade não colabora com o PCE, ficando evidente que não há um trabalho dos profissionais da saúde no sentido de conscientizar a população sobre a gravidade da esquistossomose, através da educação em saúde, embora as políticas do PCE preconizem medidas nesse sentido:

“Para se ter uma ideia, saímos com 50 coletores, e na hora de pegar, recebemos somente 10 a 12 coletores. A dificuldade é muito grande. A população recebe o coletor em casa, recebe o resultado do exame em casa. Se o resultado for positivo, recebe o medicamento em casa e mesmo assim não colabora. Não tem consciência da importância desse trabalho, nem da gravidade da doença”.

A população realmente não colabora na prevenção e tratamento da esquistossomose, porque desconhece a gravidade da doença, onde 100% dos entrevistados apontaram esse fator como um dos grandes entraves para a prevenção e controle da esquistossomose.

Diversos autores, recomendam adoção de medidas que promovam a **educação em saúde**, considerada como estratégia primordial no combate a essa endemia (REY, 1987; BARRETO, 1996; VASCONCELOS, 1998; KLOSS et al., 2008), conforme abordagem contida no escopo deste trabalho.

Os autores acima defendem a real necessidade e importância do envolvimento e participação de todos os profissionais de saúde, na promoção da educação em saúde, inclusive dos agentes que compõem as equipes Saúde da Família (e-SF).

A falta de participação e envolvimento da comunidade, para colaborar com a prevenção, tratamento e controle da esquistossomose, decorre da inexistência de educação em saúde, sendo apontada por 100% dos entrevistados, afirmando que a comunidade não colabora, onde, na maioria dos casos, dificultam o trabalho do agente de combate às endemias. Nesse aspecto, a coordenadora do PCE, relata:

“Ocorre que, muitas pessoas não realizam a coleta de fezes. O mais agravante é que eles consideram essa doença sem importância e não levam a sério a gravidade da esquistossomose”.

(...) as políticas públicas não conseguem erradicar a doença por falta de conhecimento da comunidade, porque não há conhecimento quanto à gravidade dessa doença e suas consequências.

Sem adoção da educação em saúde, a população não se conscientiza sobre a gravidade da esquistossomose, e conseqüentemente não se envolve, nem contribui com os agentes de saúde.

O envolvimento da comunidade é um fator primordial para o êxito dessas políticas, conforme defendida pelo próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), e por diversos autores (REY, 1987; COURA FILHO, 1994; VASCONCELOS, 1998; KLOSS et al., 2008), conforme abordagem contida no escopo deste trabalho.

Um dos efeitos importantes da educação em saúde é o impacto positivo, de forma individual e coletiva, através de mudanças de atitudes e de comportamento, em relação ao contato com mananciais contaminados por cercárias, o que possibilitaria a comunidade assumir, de forma consciente e com responsabilidade, a prevenção da própria saúde, considerando que sua promoção e manutenção não depende exclusivamente do poder público.

Outro aspecto positivo da educação em saúde, consiste na redução dos custos para o tratamento, considerando que os indivíduos ao se conscientizarem sobre a gravidade da doença, e conseqüentemente diminui o número de casos. (REY, 1987).

6.4 FALTA DE MATERIAL

A falta de material, inclusive de medicamentos, também foi um fator apontado pela Coordenadora do PCE, que implica na interrupção e comprometimento das atividades do Programa, causando prejuízos para a comunidade, que fica sem o devido diagnóstico e posterior tratamento dessa doença.

A Coordenadora do PCE, ao responder por que as políticas públicas não conseguem erradicar a esquistossomose no município de Santa Inês/BA, respondeu, elencando as dificuldades enfrentadas, nos seguintes termos:

“Falta de pessoal, falta de divulgação sobre a doença e falta de material. Existem dificuldades, a exemplo da falta de coletores, onde houve períodos que ficamos praticamente seis meses sem material para realizar coleta, ocorrendo a quebra do ciclo programático planejado”. (grifos nossos)

Sem coletores, ocorreu a interrupção dos exames coprológicos, comprometendo as metas do PCE e sobretudo aumentando o número de casos não diagnosticados, consequentemente causando o agravamento do quadro endêmico do município, sem o devido controle.

Considerando que esse material é de baixo custo, demonstra, também, a fragilidade no planejamento e programação, para sua aquisição, ou mesmo a desatenção (COSTA, 2014) e falta de compromisso dessas políticas, em relação ao controle da esquistossomose, o que caracteriza uma doença negligenciada.

A carência de medicamentos compromete substancialmente as políticas do PCE, refletindo em prejuízos de grande magnitude para a população que, sem tratamento, a doença atinge estágios avançados, causando maiores complicações clínicas dos infestados (SARVEL et al., 2011).

Na entrevista com o agente de combate às endemias, ao enumerar as dificuldades enfrentadas no exercício de suas atividades profissionais, ele alega:

“A recusa da população e o medicamento que não vem da DIRES a quantidade suficiente, que não é comercializado (Praziquantel)”.

A utilização do medicamento (quimioterapia) é uma das medidas básicas do PCE, tanto para o tratamento dos acometidos pela esquistossomose (ação fundamental), quanto para a interromper o ciclo vital do parasito, que evita, consequentemente, a expansão da doença

(BRASIL, 2014). A quantidade insuficiente de medicamento fragiliza e compromete a eficácia dessas políticas.

6.5 FALTA DE TREINAMENTO/CAPACITAÇÃO DE PESSOAL E DE PARCERIAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A falta de uma efetiva política de capacitação dos agentes do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), caracteriza a desvalorização dos serviços públicos de saúde, que reflete, conseqüentemente, no desempenho e qualidade dos serviços oferecidos à população.

Nas entrevistas com a coordenadora do PCE e agente de combate às endemias, ao serem questionados sobre a oferta de capacitação, os mesmos responderam da seguinte forma:

“Quanto a treinamentos para o desempenho das atividades, tem mais de quinze anos que participei de um treinamento. O mais recente foi oferecido em 2003”.

“Recebi treinamento pela DORES – Diretoria Regional de Saúde, em 2002 e de lá para cá, nenhum treinamento”.

Como se verifica, as políticas direcionadas à prevenção, tratamento e controle da esquistossomose não priorizam a capacitação de pessoal, medida de grande importância para aprimoramento da qualidade dos serviços.

Essa situação demonstra a falta de compromisso e desatenção do poder público, no sentido de promover condições elementares, para o desenvolvimento das atividades direcionadas às políticas do PCE. Tal situação não condiz com as diretrizes estabelecidas no referido Programa.

No que se refere a falta de parcerias da Secretaria de Saúde municipal, 100% dos entrevistados sinalizaram a inexistência de parcerias, conforme as seguintes assertivas:

“Temos parceria só com o IF Baiano, firmada recentemente. Estamos aguardando liberação de verbas do PSE – Programa de Saúde na Escola, para então iniciarmos um trabalho com os alunos e pais”. (Secretária de Saúde)

“Somente agora (recentemente) firmou parceria com o Instituto Federal Baiano, Campus Santa Inês/BA, onde será divulgado nas escolas, principalmente quando em reuniões de pais e mestres, devendo demonstrar, tanto para os pais como para os alunos, como ocorre o processo de transmissão, mas até o momento não realizou nenhuma atividade de divulgação de educação em saúde. Portanto, somente no Instituto foi mantida

essa parceria”. (Coordenadora do PCE)

“Com a mudança de gestor, iniciou uma parceria com o IF Baiano, mas não ocorria esse tipo de trabalho”. (Agente de combate às endemias)

Como se verifica, foi firmada uma parceria que ainda não foi implementada, ficando explícito que não existia nenhum convênio, conforme assertiva do agente de combate às endemias.

A celebração de parcerias atende ao princípio denominado intersetorialidade, defendido pela própria Constituição Federal, a exemplo de seu Art. 194, que estabelece:

A seguridade social compreende um conjunto **integrado** de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988) (grifo nosso).

Nesse aspecto, foi verificado que no âmbito da própria Secretaria de Saúde do município de Santa Inês/BA, não ocorre articulação integrada entre os profissionais do PCE e das equipes da Estratégia Saúde da Família ESF), constatada através das entrevistas.

Diversos autores (BARRETO, 1996; TEIXEIRA; PAIM, 2002; COSTA, 2014), apontam a importância de uma política intersetorial, conforme abordagem contida no escopo deste trabalho, intitulada: **A importância da intersetorialidade na implementação de políticas públicas de saúde.**

O Ministério da Saúde ao se referir sobre as políticas e diretrizes da esquistossomose na rede de Atenção Básica, destaca a intersetorialidade como prioridade da atual política de saúde, onde os profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família e os Agentes de Controle às Endemias (Esquistossomose) devem estar **integrados** nessas políticas.

As atribuições desses agentes já estão definidas e descritas no manual denominado “Cadernos de Atenção Básica – Vigilância em Saúde, nº 21/2008, devendo os procedimentos de tratamento e controle de cura serem realizados pela Rede de Atenção Básica. (BRASIL., 2014, p. 92), de forma integrada.

Por outro lado, em relação aos sujeitos que necessitam dos serviços prestados pelo PCE, os gráficos a seguir, representam as variáveis que contribuem para o processo endêmico da esquistossomose e sua prevalência, tais como: renda familiar dos sujeitos acometidos pela esquistossomose, grau de escolaridade, acesso aos serviços sanitários, reincidência de contaminação por *S. mansoni* no município de Santa Inês/BA, conhecimento como se prevenir da

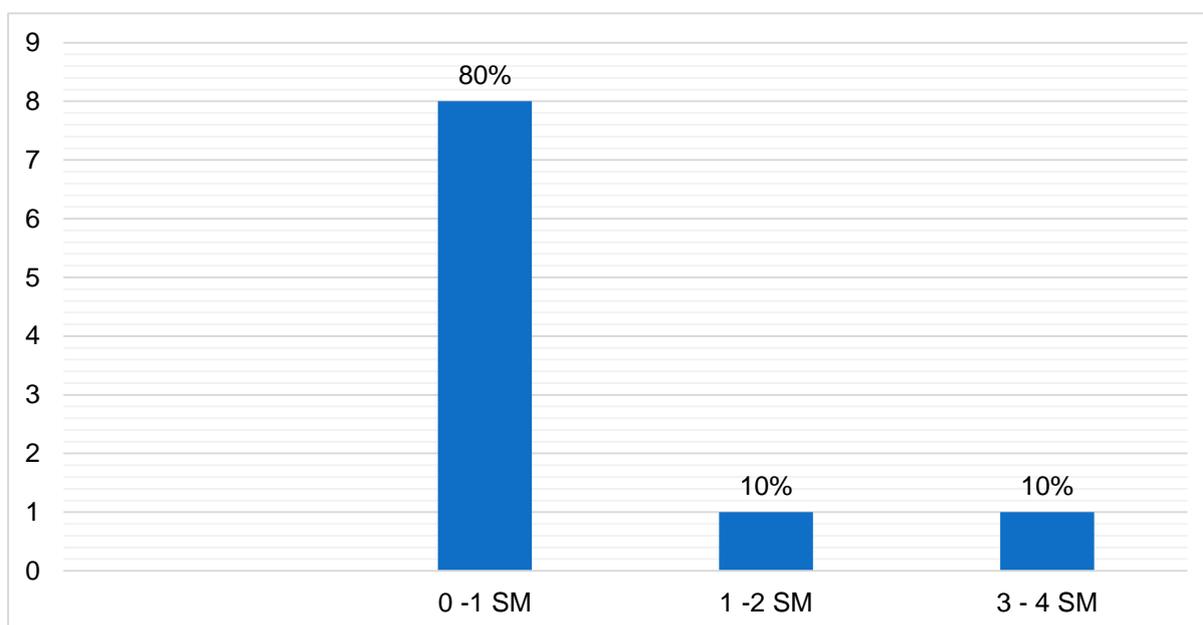
esquistossomose, contato com coleções hídricas no município de Santa Inês e avaliação do atendimento dos profissionais de saúde, conforme os questionários aplicados no campo da pesquisa.

6.6 RENDA FAMILIAR DOS ACOMETIDOS PELA ESQUISTOSSOMOSE

A renda familiar é uma variável de grande importância, pois implica diretamente nas condições de vida dos indivíduos e conseqüentemente na condição social, marcada pela possibilidade, ou não, de acesso aos bens de consumo e serviços, onde as classes de baixa renda são privadas de uma série de serviços essenciais, se tornando mais vulneráveis às doenças endêmicas.

O Gráfico 9, a seguir, demonstra a renda familiar dos sujeitos acometidos por esquistossomose, residentes no município de Santa Inês, campo da pesquisa, possibilitando verificar a forte correlação entre a renda familiar e a infestação com essa doença.

Gráfico 9 - Renda Familiar dos sujeitos acometidos por esquistossomose, residentes no município de Santa Inês/BA



Fonte: Atividade pesquisa de campo (questionário aplicado pelo autor em outubro/2017)

A renda familiar de 80% dos respondentes até um salário mínimo, confirma que os infestados por *S. mansoni*, pertencem às camadas populares com baixo poder aquisitivo. Esse aspecto implica diretamente na falta de acesso à uma educação de qualidade, serviços de saúde, moradia, dentre muitas privações, tornando esses indivíduos vítimas dessa endemia, em função das condições de risco que estão submetidos constantemente.

As famílias de baixa renda no município de Santa Inês, geralmente ocupam espaços nas periferias da cidade, sendo as mais prejudicadas, considerando a inexistência de infraestrutura e de saneamento básico.

Esses espaços são favoráveis para a infestação por *S. mansoni*, e a expansão de novos focos de esquistossomose, diante das condições que implicam em péssima qualidade de vida (KATZ; PEIXOTO, 2000; XIMENES, et al., 2003; MELO; COELHO, 2016).

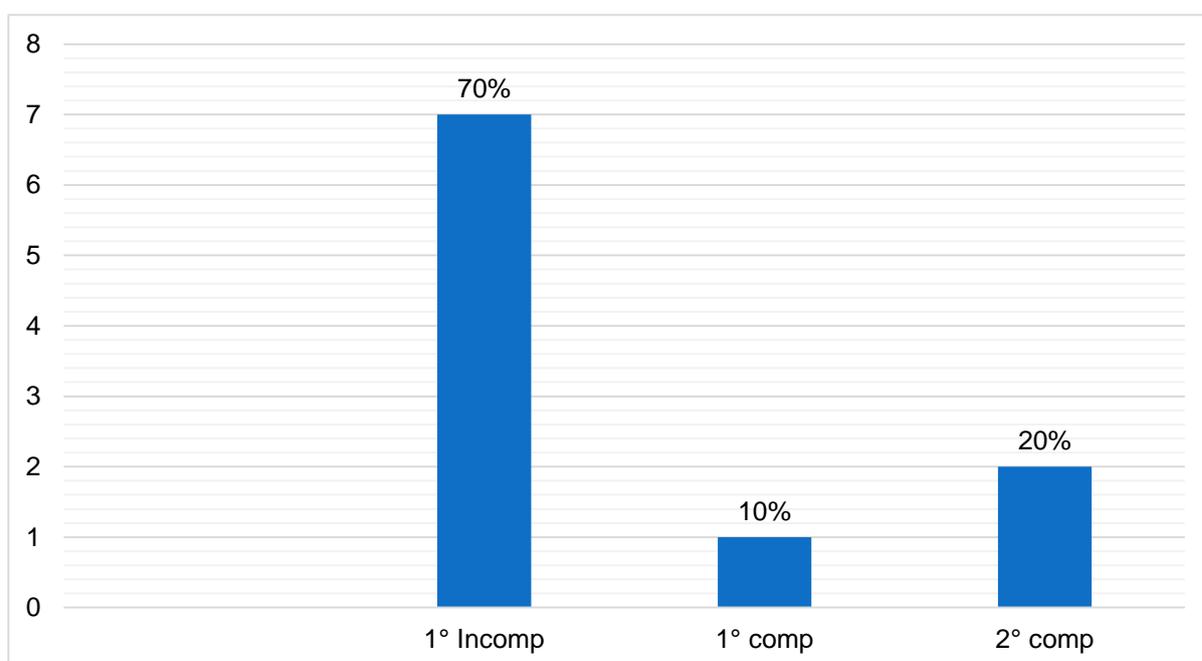
A baixa renda é uma das principais variáveis, que implica em desdobramentos de outros fatores, que associados, promovem maior vulnerabilidade para o processo de adoecimento.

Os dados indicam que quanto menor a renda familiar, maior o percentual de contaminados por *S. mansoni*.

6.7 GRAU DE ESCOLARIDADE DOS ACOMETIDOS PELA ESQUISTOSSOMOSE

Em relação ao grau de escolaridade, os dados representados no gráfico abaixo demonstram que quanto menor o grau de escolaridade, maior o número de infestados, considerando que todos da amostragem foram infestados por *S. mansoni*.

Gráfico 10 - Grau de escolaridade dos acometidos pela Esquistossomose no município de Santa Inês/BA



Fonte: Atividade pesquisa de campo (questionário aplicado pelo autor em outubro/2017)

Verifica-se que 70% dos acometidos pela doença cursaram o 1º grau incompleto, indicando uma estreita correlação entre o grau de instrução e a infestação por *S. mansoni*, ou seja, quanto menor o grau de instrução, maior a possibilidade de infestação.

O nível de escolaridade é uma variável significativa como fator condicionante e determinante para a infestação, considerando que os indivíduos com maior grau de escolaridade são mais informados, portanto têm maior noção e conhecimento sobre a esquistossomose e consequentemente são menos infestados por essa endemia.

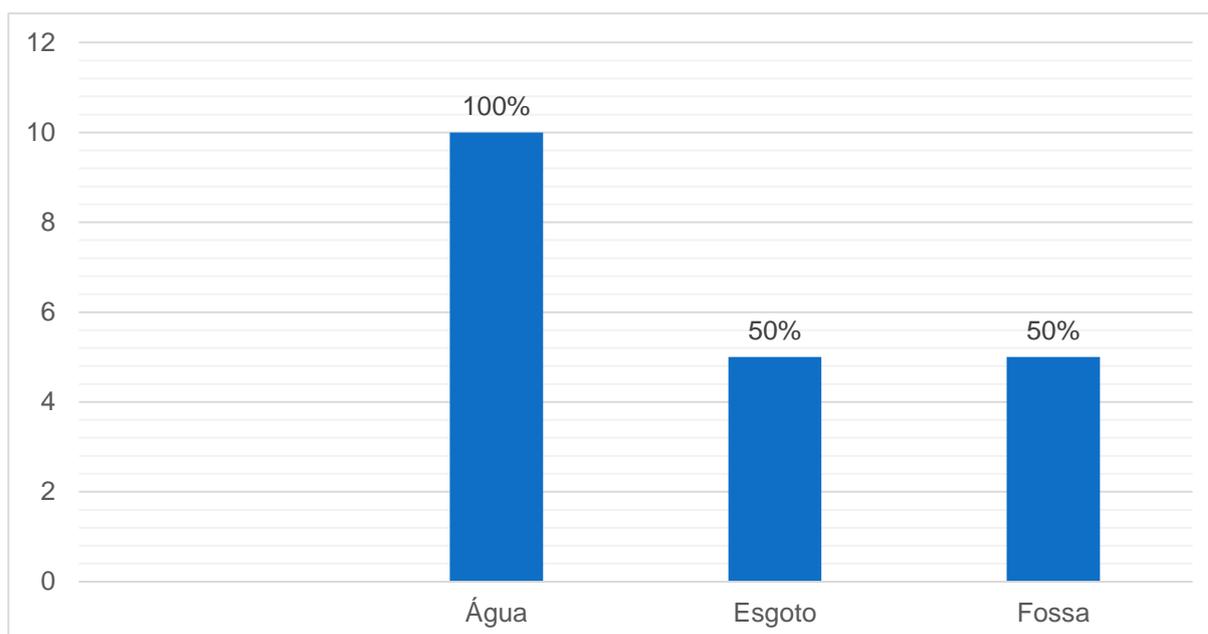
Essa correlação demonstra que o fenômeno endêmico é complexo e sofre interferências de múltiplos fatores, associados e interdependentes, de natureza social, política e econômica.

A associação entre a realidade social e o baixo nível de escolaridade, como fator determinante para a maior incidência de esquistossomose, sobrealça a importância da educação em saúde no município, direcionada aos mais acometidos por essa endemia, tendo como uma das causas principais a falta de informação, razão pela qual a educação em saúde é uma importante estratégia que deve ser adotada pelas políticas públicas (REY, 1987; BARRETO, 1996; VASCONCELOS, 1998; KLOSS et al., 2008), embora ainda não adotada no município de Santa Inês/BA.

6.8 ACESSO AOS SERVIÇOS SANITÁRIOS

O acesso aos serviços sanitários correlacionados ao fornecimento de água tratada e serviços de esgoto são aspectos fundamentais para prevenção da esquistossomose, dentre outras doenças veiculadas pela água, portanto é uma variável de grande importância.

Conforme se verifica no Gráfico 11, a seguir, o fornecimento de água da rede pública contempla 100% dos respondentes, o que sinaliza uma excelente variável no sentido de prevenção da esquistossomose. No entanto, em relação ao esgotamento sanitário, 50% da amostra sinaliza a utilização de esgoto da rede pública e 50%, fossa séptica.

Gráfico 11 - Acesso aos serviços sanitários

Fonte: Atividade pesquisa de campo (questionário aplicado pelo autor em outubro/2017)

A fossa séptica, além de poluir o solo, corre o risco de transbordamento, principalmente em períodos chuvosos, podendo poluir mananciais periurbanos,

O ideal seria uma cobertura de 100% desses serviços no município, considerando a sua importância para melhor qualidade de vida, e redução dos riscos de infecção de doenças veiculadas por água das instalações sanitárias, a exemplo da esquistossomose, hepatite, cólera, leptospirose, dentre outras.

Ximenes, et al. (2003), aponta que a falta de saneamento básico é um fator socioeconômico determinante para incidência de esquistossomose, considerando que as camadas populares de baixa renda, que residem nas periferias das cidades, não têm acesso a esse serviço.

Embora as políticas do PCE, e consequentemente do Ministério da Saúde apontem o saneamento básico como prioridade, em benefício da saúde, além de ser uma importante medida sócio-ambiental (BRASIL, 2014), o discurso não coaduna com a prática.

Na região Nordeste, por exemplo, apenas 40% da rede de esgoto foi implementada (IBGE, 2000), consequentemente, é a região com maior índice de Esquistossomose.

Conforme dados do IBGE, (s.d.), em relação à cidade de Santa Inês, somente 66,5% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado, o que se aproxima dos dados obtidos no questionário.

Significa que 33,5% dos domicílios são desprovidos de esgotamento sanitário, o que caracteriza uma rede de esgotamento ainda deficitária, conforme abordagem contida no escopo deste trabalho. Diversos autores apontam a relevância do saneamento, conforme discussão apresentada no texto deste trabalho (SILVA, 2000; KATZ; PEIXOTO, 2000; XIMENES, et al. 2003), portanto uma medida fundamental para o controle da esquistossomose, não priorizada pelas políticas públicas.

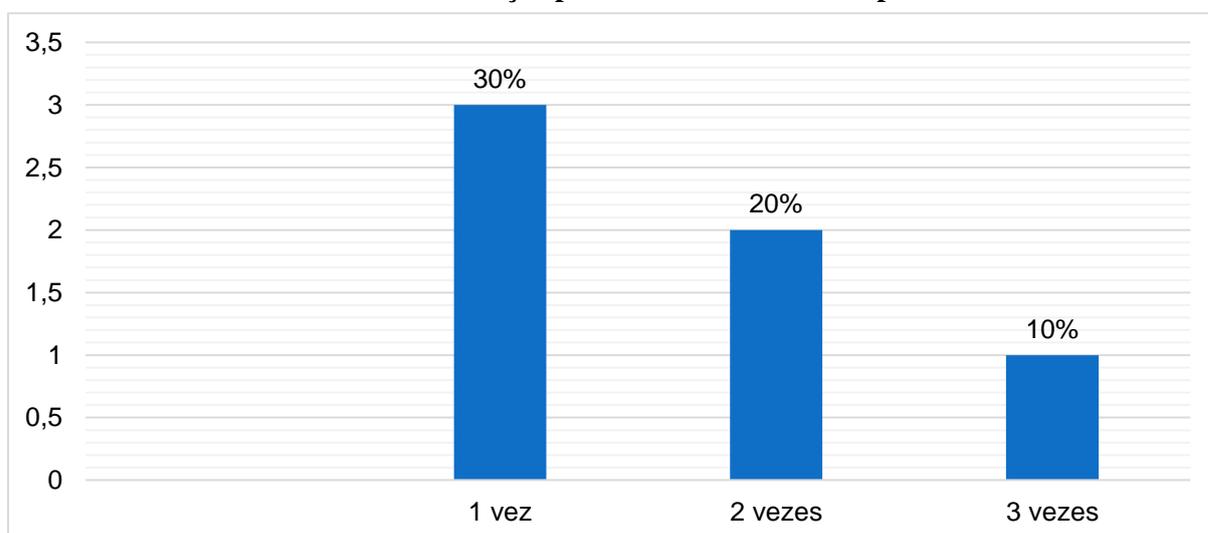
6.9 A REINCIDÊNCIA DE CONTAMINAÇÃO POR *S. MANSONI*

A reincidência de contaminação por *S. mansoni* confirma que a população não tem conhecimento sobre a doença, onde 80% dos respondentes se (re)infestaram uma vez com o parasito, e dos 20% restantes da amostra, 10% se (re)infestaram duas vezes e 10%, três vezes.

As sucessivas infestações decorrem de uma política de saúde que não adotou uma das principais estratégias de controle dessa endemia, defendida por diversos autores (REY, 1987; BARRETO, 1996; VASCONCELOS, 1998; KLOSS et al., 2008), bem como pelos princípios e diretrizes do PCE (BRASIL, 2014), confirmando, portanto, as informações obtidas através das entrevistas com os agentes do PCE e com a Secretária de Saúde.

O Gráfico 12, a seguir, demonstra o percentual de reincidência de acordo com o número de vezes de infestação com o parasito, confirmando que as políticas públicas direcionadas à prevenção da esquistossomose não detém o contínuo processo de infestação e propagação por *S. mansoni* no município de Santa Inês/BA.

Gráfico 12 - Reincidência de contaminação por *S. mansoni* no município de Santa Inês/BA



Fonte: Atividade pesquisa de campo (questionário aplicado pelo autor em outubro/2017)

Conforme as informações obtidas nas entrevistas, ficou explícito que sem a educação em saúde, as políticas de prevenção, tratamento e controle da esquistossomose não são suficientes para erradicar essa endemia, onde os resultados obtidos não estão de acordo com as políticas públicas de saúde propaladas.

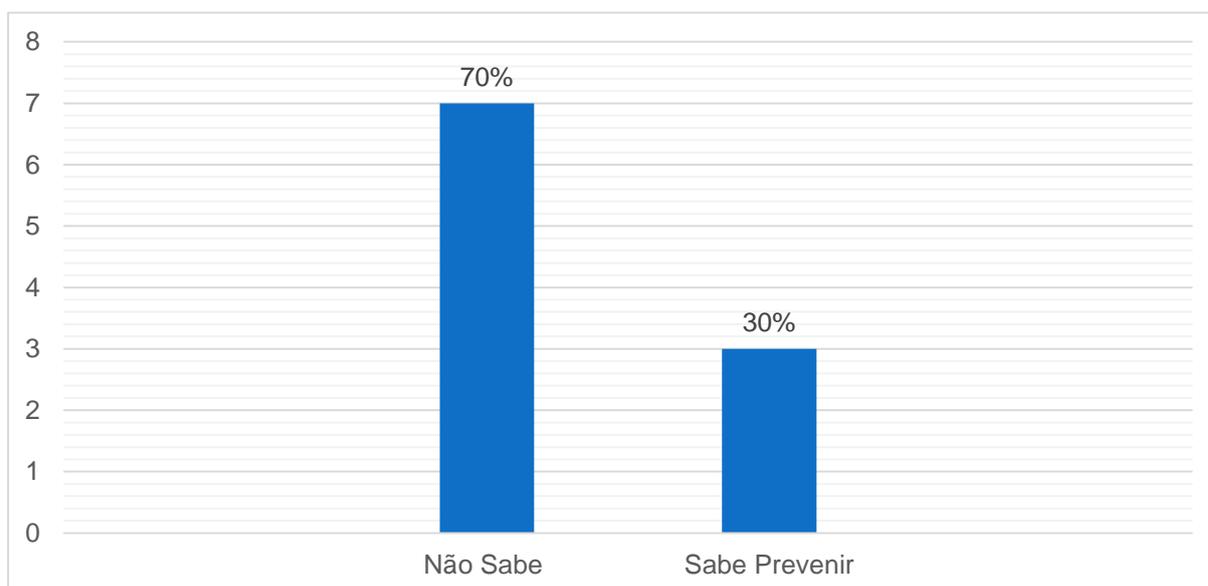
Esse processo de sucessivas infestações, além de promover danos à saúde, com grandes prejuízos para a população, requer maior custo com medicamentos e um intensivo ciclo de trabalho dos agentes de saúde, para que a prevalência da esquistossomose não aumente, o que significa que todo o trabalho no decorrer de vários anos serviu apenas para o tratamento provisório, considerando as sucessivas infestações, permanecendo a prevalência endêmica, em detrimento da saúde, o que enseja no desdobramento de maiores prejuízos de ampla dimensão.

6.10 CONHECIMENTO COMO SE PREVENIR DA ESQUISTOSSOMOSE

Os dados do Gráfico 13, a seguir, quanto ao conhecimento de como se prevenir da esquistossomose, confirmam que grande parcela da população infestada por *S. mansoni* não sabe como se prevenir da doença, num percentual de 70% da amostra.

Essa significativa parcela da amostragem confirma mais uma vez o elevado número de pessoas que se (re)infestam, por falta de informação, através da educação em saúde, onde a questão crucial é justamente o contato da população com a água contaminada por cercarias (MELO; COELHO, 2016).

Gráfico 13 - Conhecimento como se prevenir da esquistossomose



Fonte: Atividade pesquisa de campo (questionário aplicado pelo autor em outubro/2017)

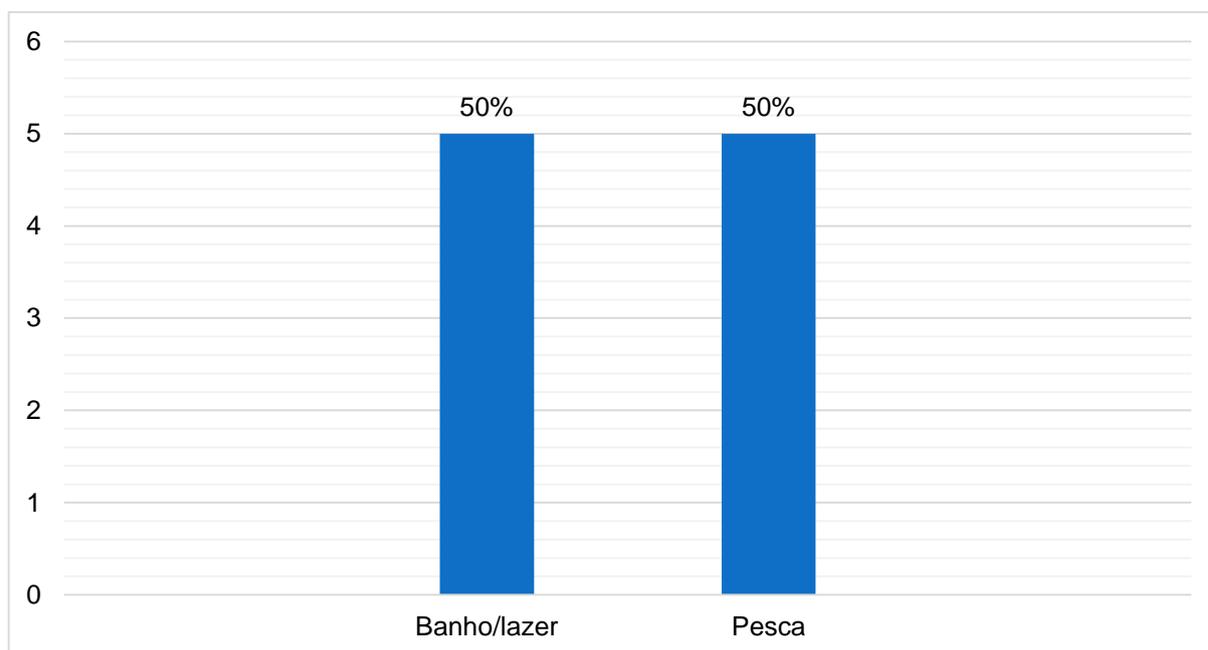
Essa questão perpassa pelos hábitos e costumes da população do município, ou seja, a cultura em relação ao contato com as coleções hídricas disponíveis (COURA FILHO, 1994; REY, 2000).

6.11 CONTATO DA POPULAÇÃO EM COLEÇÕES HÍDRICAS NO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA

Kloss et al., 2008 apontam que a mudança de comportamento em relação ao contato com água contaminada tem importância fundamental, pois aprimora as formas de prevenção e controle da transmissão da doença.

Verifica-se no Gráfico 16, a seguir, que 50% dos infestados com esquistossomose têm como motivo de contato com a água “nadar, tomar banho/lazer”, traduzindo a cultura da população, diante da disponibilidade do próprio rio Jiquiriçá, barragens construídas ao longo de seu curso, dentre outros mananciais existentes.

Gráfico 14 - Contato com coleções hídricas no município de Santa Inês/BA



Fonte: Atividade pesquisa de campo (questionário aplicado pelo autor em outubro/2017)

Os 50% restantes, apontam como motivo de contato “pescar”, sinalizando a combinação de lazer e fonte de alimento. Nos dois modos predominantes de contato com a água, a frequência de contato sinaliza 30% “as vezes” (para nadar, tomar banho/lazer) e 30% “constantemente” (para pescar), ou seja, a pesca ocorre com maior frequência.

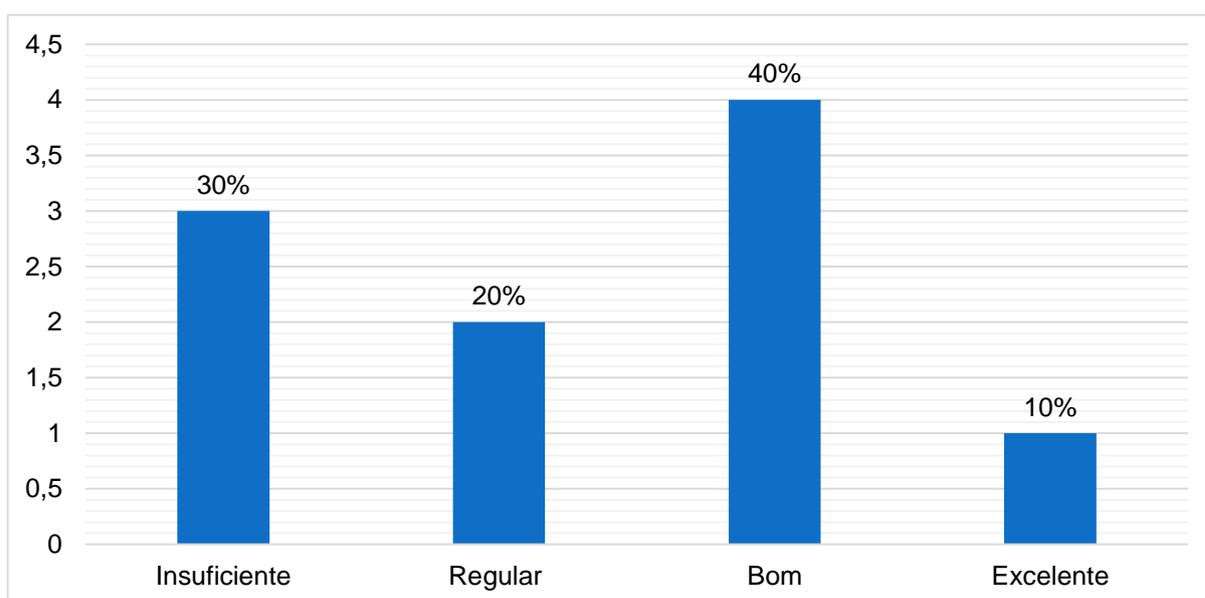
Notadamente, há indicação de que a pesca é o principal e o mais frequente motivo da maioria da população se infestar.

Conforme abordagem no desenvolvimento do trabalho, o contato com mananciais infestados é um aspecto fundamental, porque é nesse evento que o indivíduo se contamina com a larva do parasito, possibilitando seus sucessivos ciclos vitais (MELO; COELHO, 2016), com a conseqüente expansão da doença, razão pela qual destaca-se incisivamente sobre a importância da educação em saúde como estratégia primordial para o fortalecimento das políticas de combate à esquistossomose no município de Santa Inês/BA.

6.12 AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (PCE)

Em relação ao atendimento avaliado dos agentes de saúde (PCE), pelos usuários acometidos pela *esquistossomose*, mesmo diante das dificuldades enfrentadas por aqueles profissionais, conforme analisadas e discutidas neste capítulo, o Gráfico 17, abaixo, demonstra que os agentes de saúde do PCE, foram avaliados em relação ao atendimento, da seguinte forma: 10% afirmou que o atendimento é insuficiente, 20% regular, 40% bom e 10% excelente. Essa avaliação sinaliza o grau de dedicação desses profissionais, mesmo com as restrições que inviabilizam a eficiência e eficácia dessas políticas.

Gráfico 15 - Avaliação do atendimento dos profissionais de saúde (PCE)



Fonte: Atividade pesquisa de campo (questionário aplicado pelo autor em outubro/2017)

Cabe mencionar que esses usuários não conhecem o grau de dificuldade que os dois agentes de saúde vivenciam, para atender à demanda de todo o município.

Diante dos resultados obtidos, foi possível identificar os principais fatores que, associados e interdependentes, dificultam a prevenção, tratamento e controle da esquistossomose no município de Santa Inês/BA, o que implica numa política pública de saúde fragilizada, de tal forma que a prevalência endêmica da esquistossomose tende a permanecer, em detrimento da saúde dos mais necessitados e excluídos sob os aspectos econômico e social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstraram que a prevalência da esquistossomose e o processo de transmissão da doença no município de Santa Inês/BA estão associados a múltiplos fatores, conforme discutidos neste trabalho.

Os fatores identificados, que implicam numa política de saúde fragilizada, foram: carência de pessoal de saúde para atender às demandas do PCE; infraestrutura deficiente; insuficiência de material e de veículos para atender às atividades operacionais de rotina do PCE; inexistência de uma política de educação em saúde e, conseqüentemente, a falta de informação sobre os mecanismos de transmissão e a gravidade da doença – para a população – que por sua vez não colabora e não se envolve com as políticas de prevenção e controle da esquistossomose; escassez de medicamentos; inexistência de parcerias entre a Secretaria da Saúde do município e demais órgãos públicos.

Por outro lado, o modo de vida e a cultura da população, associada às precárias condições de vida, decorrentes da própria conjuntura socioeconômica e política, historicamente marcada pelas profundas desigualdades no país, contribuem sensivelmente para o processo de infestação e transmissão da esquistossomose, podendo-se aduzir que as políticas de saúde do município dependem de uma intervenção política macro, no sentido de melhorar os níveis socioeconômicos e educacionais, dentre outros fatores que melhorem as condições de vida da população.

As ações isoladas e descontínuas em função dos fatores acima elencados, comprometem o diagnóstico e o tratamento da esquistossomose, tornando essas políticas ineficientes. No âmbito da própria Secretaria de Saúde Municipal, as equipes da ESF e do PCE não se integram para o fortalecimento de ações de combate a essa endemia, devendo adotar o princípio da intersetorialidade, na busca por melhores resultados.

Foi verificado que essas políticas não atendem aos princípios e diretrizes do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose, aprovados pelo Ministério da Saúde.

As precárias condições de trabalho inviabilizam as ações de caráter preventivo, e de detecção precoce da doença, situação que dificulta o tratamento ainda em seu estágio inicial, conseqüentemente não ocorrendo o efetivo controle dessa endemia, causando sérios prejuízos à comunidade.

A busca ativa dos portadores, conforme preconiza o PCE, deve ser permanente e somente reduzida ou interrompida, quando cessar o processo de transmissão da doença. Diante da descontinuidade das ações necessárias para a prevenção e controle da esquistossomose no município de Santa Inês/BA, torna-se de fundamental importância que a Secretaria de Saúde do município adote medidas administrativas, para o provimento de um quadro de pessoal suficiente, valorizando seus servidores, capacitando-os e oferecendo condições adequadas de trabalho, sob pena de ocorrer um progressivo descontrole e agravamento do quadro endêmico por esquistossomose, com o conseqüente aumento de sua prevalência.

A falta de materiais, medicamentos e veículos, compromete as atividades do Programa de Controle da Esquistossomose, demonstrando a desatenção e a falta de vontade política para a resolução desse grave problema de saúde pública.

A educação em saúde é uma das principais estratégias defendidas por diversos autores, como medida estratégica de prevenção dessa endemia, inclusive prevista nas diretrizes do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE). No entanto, foi verificado que a Secretaria de Saúde de Santa Inês/BA não adotou nenhuma ação concreta e sistemática nesse sentido.

Considerando o baixo grau de escolaridade da maioria da população no município de Santa Inês, verificou-se que os acometidos pela esquistossomose, em sua grande maioria, não têm conhecimento sobre a gravidade da doença, nem tampouco como se prevenir.

A reincidência de contaminação por esquistossomose no município, comprova a falta de conhecimento sobre a gravidade da doença, mas também está associada aos hábitos e costumes da população, onde os principais motivos de contato com os mananciais, sinalizaram banho/lazer e pesca. Não existem no município espaços de lazer, o que potencializa esses mananciais como um meio atraente para a população, além da pesca que pode ser associada a uma forma de complementação alimentar, considerando que mais de 50% da população sobrevive com uma renda mensal inferior a meio salário mínimo.

O comportamento e a falta de informação sobre a doença devem ser considerados fatores relevantes, para a predominância da esquistossomose. Sobreleva, portanto, destacar a importância da educação em saúde, como medida preventiva, devendo ser adotada pela Secretaria de Saúde do município, com a participação e envolvimento de todos os profissionais dessa Secretaria, inclusive através de parcerias com outros órgãos públicos.

Nessa perspectiva, a comunidade pode assumir, de forma consciente, a responsabilidade e o cuidado, tanto para evitar o contato com os mananciais infestados (questão crucial para o

processo de infestação e transmissão da doença), quanto em colaborar com o tratamento da doença e com o trabalho dos profissionais de saúde.

O modelo de política pública fragmentado e desarticulado, sem a participação da população, não consegue eliminar a massa de infectados, considerando que as políticas de saúde, de forma isolada, não impedem a manutenção das formas de transmissão da esquistossomose, necessitando assim, de repetidas intervenções, o que torna este modelo ineficiente e oneroso.

Para fortalecer as ações direcionadas à prevenção, tratamento e controle da esquistossomose, cabe sugerir que o poder executivo municipal, conjuntamente com o governo do Estado da Bahia, adote medidas concretas, que proporcionem condições adequadas de trabalho aos profissionais de saúde do PCE, garantindo assim, a execução de políticas efetivas de saúde em benefício da população, que tem direito à saúde, em sua mais ampla dimensão.

Diante da abordagem estabelecida e dos resultados obtidos, o leitor pode chegar às suas próprias conclusões, aduzindo porque as políticas públicas de saúde não conseguem erradicar esta endemia.

Considerando a complexidade que envolve o fenômeno específico da esquistossomose, e os múltiplos fatores que favorecem a sua prevalência – e reconhecendo que o conhecimento é um processo dinâmico, contínuo, “aberto”, inacabado, de construção e reconstrução de novos saberes, fruto da própria dinâmica social e criatividade humana – cabe afirmar que este trabalho pode ser considerado como “ponto de partida” para novas indagações e novas pesquisas.

Deste modo, sem a pretensão de apresentar a solução para tão grave problema de saúde pública, cabe mencionar que os objetivos desta pesquisa foram alcançados, identificando e analisando os fatores que restringem a efetividade e a eficácia destas políticas.

Resta afirmar que cabe ao poder público municipal cumprir o seu o dever legalmente constituído, conjuntamente com as esferas públicas estadual e federal, no sentido de prover meios para garantir saúde pública eficiente que, de fato, atenda às reais necessidades da população, conforme prevê os princípios constitucionais.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Z. A. A esquistossomose no Brasil após quase um século de pesquisas. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 5, p. 509-513, set-out, 2002.
- ANDRÉ, M. E.; LUDKE, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1995.
- ARENDRT, H. **A condição humana**. Tradução Roberta Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- ATLAS do desenvolvimento humano no brasil. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. 2013. Disponível em> <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- BAIARDI, A. Cultura e Propensão a inovar do empresariado Baiano, uma análise histórica. In: BAIARDI, A. **Propensão a inovar do empresariado baiano**. Salvador: Academia de Ciências da Bahia, 2016. p. 203-233.
- BARBOSA, C. S. et al. Epidemiologia e controle da esquistossomose mansoni. In: CARVALHO, O. S; COELHO, P. M.; LENZI, H. L. (Orgs.). **Schistosoma e Esquistossomose: uma visão multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 965-1008.
- BARCELLOS, C. et al. **Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde-Informe Epidemiológico do SUS, 2002.
- BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. A saúde da população brasileira. In: BARROS, Piola; VIANNA. **Política de saúde no Brasil: diagnósticos e perspectivas**. Brasília: Ipea, 1996. p. 8-21, Textos para discussão.
- BATISTA, M. A. N. **Estudo de caso: Jiquiriçá: gestão participativa dos recursos hídricos da bacia do rio Jiquiriçá: os 25 Municípios da bacia do Jiquiriçá - BA**. Rio de Janeiro: IBAM, CAIXA, 2003. 82 p. Disponível em: < http://www.caixa.gov.br/Downloads/melhores-praticas/e_jiquirica.pdf> Acesso em: 10 out. 2017.
- BERTOLLI FILHO, C. **História de saúde pública no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Ática, 2011.
- BINA, J. C., A expansão da esquistossomose mansoni no Brasil: fatores determinantes e sugestões para o seu controle. **Revista Médica da Bahia**, v. 22, n. 2, p. 86-100, 1976.
- BRASIL .Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, set., 1990. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Guia de Vigilância epidemiológica e Controle da mielorradiculopatia esquistossomótica. Série A. **Normas e manuais técnicos**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2006. 28p.

BRASIL. Constituição (1988). Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm > Acesso em: 26 mar. 2015.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, dez., 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.> Acesso em: 15 mar. 2017.

BRASIL. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jul. 1991. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm.> Acesso em: 15 mar. 2017.

BRASIL. Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, dez. 1993. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm. > Acesso em: 15 mar. 2017.

BRASIL. Lei n. 9.605, de 12 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, fev. 1998. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9605.htm > Acesso em: 06 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília, DF, 2010. Disponível em:> http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso em: 23 dez 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, DF 2008. 195 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2002. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. 2 ed. Brasília, DF, 2007. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância da Esquistossomose Mansoni**: diretrizes técnicas. 4 ed. Brasília, DF, 2014. 144p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis Série C. **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**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf> Acesso em: 05 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de Situação Bahia**. 5. ed. Brasília, DF: 2011. 35p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. **Orçamento Cidadão**: Projeto de Lei Orçamentária Anual: PLOA 2017. Brasília, DF, 2016. 47p.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. **Situação Epidemiológica: Dados**. Brasília, DF, 2014. <Disponível em:< <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/656-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/esquistossomose/11244-situacao-epidemiologica-dados>> Acesso em: 01 mar 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO. A saúde e seus determinantes sociais. **Revista Saúde Coletiva**, v. 17, n.1, p. 77-93, Rio de Janeiro, 2007.

CARMO, E. H; BARRETO, M. L. Esquistossomose mansônica no estado da Bahia, Brasil: tendências históricas e medidas de controle. **Cad. Saúde Pública**, v.10, n. 4, p. 425-439, Rio de Janeiro, out. /dez. 1994.

CARVALHO, O. S. et al. Distribuição espacial da *Biomphalaria glabrata*, *B. straminea* e *B. tenagophila*, hospedeiros intermediários de *Schistosoma mansoni* no Brasil. In: COELHO, P. M.; LENZI, H. L. (Orgs.). **Schistosoma e Esquistossomose**: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CHIEFFI, P.P; WALDMAN, E. A. Aspectos particulares do comportamento epidemiológico da esquistossomose mansônica no Estado de São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública** v. 4, n.3, Rio de Janeiro, Jul/Set, 1988. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000300002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, 1977, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1977. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/6conferencia/an6_conf_nac.pdf.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 198. Disponível em:
http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO VALE DO JIQUIRIÇÁ. **Subsídios para Implementação do Sistema de Gestão dos Recursos Hídricos da Bacia do Rio Jiquiriçá**. Salvador, 2001.

CORREIA, M. V. C.; MEDEIROS, S. M. A. As bases da promoção da saúde nas conferências internacionais e a reforma sanitária brasileira: concepção do processo saúde e doença em questão. In: VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M. D. H. da. (Orgs.). **Por uma crítica da promoção da saúde contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 111-158.

COSTA, M. D. H. da. A intrínseca relação entre intersetorialidade e promoção da saúde. In: VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M. D. H. da. (Orgs.). **Por uma crítica da promoção da saúde contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 159-246.

COURA FILHO, P. Participação popular no controle da esquistossomose através do Sistema Único de Saúde (SUS), em Taquaraçu de Minas, (Minas Gerais, Brasil), entre 1985-1995: construção de um modelo alternativo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, Sup. 2, n. 111-122, 1998.

COURA FILHO, P. Uso do paradigma de risco para esquistossomose em áreas endêmicas no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p. 464-472, out/dez, 1994.

DEELDER, A. M. et al. Detection of schistosome antigen in Mummies. **Lancet**, n. 335, p. 724-725, 1990.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1985.

DIAS, R; MATOS, F. **Políticas públicas, princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2012. 251 p.

FARIAS, L. M. M. et al. Análise preliminar do sistema de informação do Programa de Controle da Esquistossomose no período de 1999 a 2003. **Caderno Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 235 - 239, 2007. Disponível:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/24.pdf>>. Acesso: 11 mar. 2017.

FERREIRA, J. P. **Enciclopédia dos municípios brasileiros**. IBGE, v. 21, p. 277 – 281, 1958. Disponível:< <http://www.biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=26688>> Acesso: 11 mar. 2017.

FREITAS, C. A. Situação atual da esquistossomose no Brasil. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**. Vol. 24, p. 3-63, 1972.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. Secretaria do Trabalho, Emprego, Renda e Esporte (SETRE)/Observatório do Trabalho/DIEESE, s/d. Disponível em: <<http://geo.dieese.org.br/bahia/territorios.php> .> Acesso em: 02 out. 2017.

HAESBAERT, R. **O Mito da Desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2010. 396p.

IBAMA. Instrução Normativa n. 141, de 19 de dezembro de 2006. **Regulamenta o controle e manejo ambiental da fauna nociva**. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/IN%20141%20IBAMA%20DZ%2006.pdf>.> Acesso em: 06 ago. 2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Biblioteca virtual**. s.d. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/bahia/santaines.pdf>>. Acesso em: 04 out.2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. s.d. Disponível em: <www.ibge.gov.br >. Acesso em: 24 jun.2017.

KATZ, N.; ALMEIDA, K. Esquistossomose, xistosa, Barriga d’água. **Ciência e Cultura**. São Paulo, v. 55, n. 1, p. 38-41, jan/mar, 2003.

KATZ, N; PEIXOTO, SV. Análise crítica da estimativa do número de portadores de esquistossomose mansoni no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 33, n. 3, p. 303-308, mai-jun, 2000.

KLOSS, H., et al. Socioeconomic studies of schistosomiasis in Brazil: a review. **Acta tropica**. v. 108, n. 2-3, p. 194-201, 2008.

LENZI, H. L., et al. Migração e Desenvolvimento de Schistosoma mansoni no hospedeiro definitivo. In: CARVALHO, O. S.; COELHO, P.M.C; LENZI, H.L. (Orgs.) **Schistosoma mansoni e esquistossomose: uma visão multidisciplinar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

LOUREIRO, S. A questão do social na epidemiologia e controle da esquistossomose mansônica. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro, sup. I, v.84, p. 124, out, 1989. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/mioc/v84s1/vol84\(fsup1\)_136-145.pdf](http://www.scielo.br/pdf/mioc/v84s1/vol84(fsup1)_136-145.pdf)> Acesso em: 20 mai. 2017.

MARTINIANO, C. S.; SAMPAIO, J.; SILVEIRA, S. A. S. Os desafios do núcleo de apoio à saúde da família para a consolidação da atenção primária à saúde na perspectiva da promoção da saúde. In: VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M. D. H. da. (Orgs.). **Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 353-389.

MELO FILHO, M. **O milagre brasileiro**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bloch, 2008. 399p.

MELO, A. L.; COELHO, P. M. Z. Schistosoma mansoni e a doença. In: NEVES, D. P. et al. **Parasitologia humana**, 15. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. 2003. Tese Doutorado. UFGMG. Minas Gerais, 2003. 402p.

MINAYO, M. C. S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Orgs.). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 344p.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

MOURA, A. S.; ROCHA, R. L. **Endemias e epidemias B**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 78 p. Disponível em: <
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3884.pdf>> Acesso em: 30 set. 2017.

MOURA, A.C.M. et al. Atualização de mapa de drenagem como subsídio para montagem de SIG para a análise da distribuição da esquistossomose em Minas Gerais, SIMPOSIO BRASILEIRO DE SENSORIAMENTO REMOTO, 12, 2005. **Anais...** Goiânia, Brasil, 16-21 abril 2005, INPE, p.3551-3558. Disponível em: <
http://www.dpi.inpe.br/spring/portugues/arquivos_publicacoes/drenagem.pdf> Acesso em: 11 abr. 2017.

OMS; UNICEF, **Cuidados primários de saúde**: relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde: Alma-Ata: URSS, 6-12 setembro de 1978. Tradução Fundo das Nações para a infância – UNICEF/ Brasil, 1979. 64 p. Disponível em: <
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf> Acesso em: 01 dez 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: <
<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acesso em: 30 out. 2016.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. 2007. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2007. 300 p.

PAIM, S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p.

PARAENSE, W. L. Histórico do *Schistosoma mansoni*. In: CARVALHO, O. S.; COELHO, P.M.C; LENZI, H.L. (Orgs.) **Schistosoma mansoni e esquistossomose: uma visão multidisciplinar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 1124p.

PASSOS, A. D. C.; AMARAL, R. S. Esquistossomose mansônica: aspectos epidemiológicos e de controle. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v.31, Sup. 2, n. 61-74, 1998.

PESSOA, S. B.; MARTINS, A. V.; **Parasitologia Médica**. 11. ed.; Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, Brasil, 1988.

PORTAL FIOCRUZ, 2017. Disponível em: < <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/vacina-inedita-contr-esquistossomose-fiocruz-anuncia-nova-fase-de-estudos>> Acesso em: 20 fev. 2017.

PRABRJ - Programa de Recuperação Ambiental da Bacia do Rio Jequiçá. SRHSH, SEPLANTEC, SEAGRI / SRH, CRA, DDF. Governo da Bahia, 1997.

REY L. Schistosoma e esquistossomíase: a doença. Schistosoma e esquistossomíase: epidemiologia e controle. In: REY, L, organizador. **Parasitologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

REY, L. Estratégias e métodos de controle da esquistossomose. Fundação Oswaldo Cruz. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.38-55, jan./mar. 1987.

RISI JUNIOR, J. B; NOGUEIRA, R. P. As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 328p.

ROSSI, S. S. **A constituição do sistema de saúde no Brasil**. São Paulo, 1980.

SANTOS, M.; ELIAS, D. **Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia**. 6. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008. 136p.

SARVEL, A. K; et al. Evaluation of a 25-year-programe controlo f schistosomiasis mansoni in a endemic área in Brazil. **Plos Neglected Tropical Diseases**, v. 5, n 3, mar 2011.

SCHWARTZMAN, S. **As causas da pobreza**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

SEI – Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Estatística dos Municípios Baianos 2011**. Salvador, 2011. Disponível em: < www.sei.ba.gov.br >. Acesso em: 02 out. 2017.

SILVA, J. R. M. ; NEVES, R. H.; GOMES, D. C. Filogenia, co-evolução, aspectos morfológicos das diferentes fases de desenvolvimento do Schistosoma mansoni. In: CARVALHO, O. S; COELHO, P. M.; LENZI, H. L. (Orgs.). **Schistosoma e Esquistossomose: uma visão multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 43-84.

SILVA, P. B. et al. Aspectos físico-químicos e biológicos relacionados a ocorrência de Biomphalaria glabrata em focos litorâneos de esquistossomose em Pernambuco. **Química Nova**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 901-906, 2006.

SILVA, T. T. (Org.). HALL, S.; Woodward, K. **Identidade e Diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, 2000.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, Gilberto.; ARRETCHE, Marta.; MARQUES, Eduardo. (Org.) **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 65-86.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez., 2006. Disponível em: < www.scielo.br>. Acesso em: 20 abr. 2017.

SOUZA, F. P. C. de et al. Esquistossomose mansônica: aspectos gerais, imunologia, patogênese e história natural. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 300-307, jul./ago. 2011.

SOUZA, I. **Migrações internas no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1980.

SOUZA, M. L. de. **Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

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. (Org.). **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: ISC, 2002.

TELES, H. M. S; CARVALHO, O. S. Implicações da biologia de biomphalaria no controle da esquistossomose. In: CARVALHO, O. S; COELHO, P. M.; LENZI, H. L. (Orgs.). **Schistosoma e Esquistossomose: uma visão multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias**. Cadernos de Saúde Pública, 1998

VITORINO, R. R. et al. Esquistossomose mansônica: diagnóstico, tratamento, epidemiologia, profilaxia e controle. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, v. 10, n 1, p. 39-45, jan./fev. 2012.

XIMENES, R. A. A. et al. Socioeconomic determinants schistosomiasis in an urban area in the Northeast of Brazil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 14, n. 6, p. 409-421, 2003.

ANEXOS**ANEXO A - (CARTA DE APRESENTAÇÃO DO DOUTORANDO À SECRETÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA)**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO TERRITORIAL E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

A Sua Senhoria, a Senhora

MARIANA ANDRADE DE PAULA
Secretária Municipal de Saúde de Santa Inês/BA
Rua Vagner Neri Costa, s/n – Centro
CEP 45.320-000 Santa Inês/BA

Senhora Secretária,

Oficializamos a apresentação do doutorando MIGUEL RODRIGUES DE ALMEIDA, regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social desta Universidade, no sentido de prosseguir desenvolvendo os trabalhos de sua pesquisa sob minha orientação nesse município, mediante projeto intitulado **ESQUISTOSSOMOSE MANSONI NO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA: POLÍTICAS PÚBLICAS E FATORES ASSOCIADOS À PREVALÊNCIA ENDÊMICA.**

Face o exposto, agradecemos a valiosa colaboração dessa Secretaria de Saúde, apoiando e incentivando a pesquisa.

Atenciosamente,

Amílcar Baiardi
Professor Orientador

*Recbto do seu
24.10.13
Fatura*

ANEXO B - (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO TERRITORIAL E DESENVOLVIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que concordei em ser entrevistado como parte da pesquisa de campo do professor MIGUEL RODRIGUES DE ALMEIDA.

Santa Inês/BA, ____ de _____ de 2017

Assinatura do voluntário _____

Assinatura do pesquisador _____

ANEXO C - (ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA COM A SECRETÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA, GESTORA DE SAÚDE PÚBLICA)

ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA COM A SECRETÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA, GESTORA DE SAÚDE PÚBLICA

- Nome: _____

- Tempo que exerce o cargo/função de Secretária de Saúde:

- Formação Profissional: _____

1. Pesquisadores e estudiosos sobre a *esquistossomose mansoni* afirmam e defendem que a forma mais viável de combater essa endemia seria a prevenção, pois o controle é uma das tarefas mais difíceis dos serviços de saúde pública.

Considerando que as ações de controle e combate dessa endemia estão diretamente sob a responsabilidade dos gestores municipais, desde 1993, com o advento da descentralização da saúde, devendo cada município adotar as diretrizes técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, com as devidas adaptações, conforme sua realidade, perguntamos:

- Quais os fatores, no âmbito das políticas públicas de saúde do município de Santa Inês/BA, que poderiam ser enumerados, por ordem de importância, que de certa forma dificultam ou inviabilizam a possibilidade de melhores resultados na prevenção e controle da esquistossomose, até que se possa alcançar sua erradicação?

2. Em relação à intersetorialidade (a exemplo de convênios e parcerias entre diversos órgãos públicos e da própria sociedade civil organizada), conforme preconiza a Constituição Federal de 1988, *in verbis*: “Art. 194. A seguridade social compreende **um conjunto integrado** de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à **saúde**, à previdência e a assistência social”. Nesse sentido, o governo federal defende a prática integrada de políticas públicas para a garantia da saúde, tanto nas diretrizes técnicas de combate à esquistossomose, quanto na legislação infraconstitucional. Face o exposto, perguntamos:

- O município de Santa Inês, através da Secretaria de Saúde, possui algum convênio ou parceria com outros órgãos ou entidades, visando a prevenção e o controle da esquistossomose? Caso afirmativo, gentileza enumerar quais esses convênios. Caso negativo, gentileza informar se houve iniciativa dessa Secretaria nesse sentido e que tipo de dificuldade foi encontrada para a efetivação dessas parcerias.

3. As políticas públicas de saúde enfrentam grandes dificuldades para o controle e combate da **esquistossomose mansoni**, uma realidade reconhecida e enfrentada em escalas local, nacional e mundial, face a sua complexidade, que envolve vários fatores, ao mesmo

tempo interdependentes e complementares, para que ocorra o ciclo de vida do parasito, culminando na doença.

Assim, existem várias estratégias defendidas pelo Ministério da Saúde e também pelos autores e pesquisadores sobre o tema, no sentido de interromper o ciclo biológico do parasito.

A Educação em Saúde é reconhecida como um dos principais instrumentos de prevenção da esquistossomose, pois possibilita à população conhecimento sobre a doença e principalmente conscientizar-se em relação aos aspectos comportamentais, para evitar a eliminação de ovos do parasito no meio ambiente, através das fezes, reduzir ou evitar o contato com corpus d' água infestados de cercarias, bem como adoção de outras atitudes que inviabilizam a propagação de moluscos (hospedeiros intermediários), aspectos cruciais para impedir a disseminação e prevalência dessa endemia, Nesse sentido, perguntamos:

- A Secretaria de Saúde promove, em atenção a esse importante mecanismo de prevenção e controle da esquistossomose, algum projeto ou ação correlacionados à Educação em Saúde. Caso afirmativo, gentileza informar de que forma e qual a metodologia adotada (material utilizado). Caso negativo, gentileza informar quais os entraves existentes que impossibilitam esse importante mecanismo de controle recomendado pelo Ministério da Saúde.

4. Estudos sobre as estratégias e ações de combate à esquistossomose apontam que o envolvimento e a participação da comunidade são de relevante importância para a obtenção de bons resultados quanto ao controle e eliminação dessa doença. O Ministério da Saúde também reconhece em suas diretrizes técnicas a magnitude dessa efetiva participação. Qual a sua avaliação em referência à participação da comunidade de Santa Inês nesse processo?

Insuficiente Regular Boa Excelente

5. Em relação aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família no controle da esquistossomose, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate às Endemias (ACE), Médicos, Enfermeiros e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, esse quadro de pessoal é suficiente para atender satisfatoriamente à demanda do município em relação à prevenção e controle da esquistossomose?

Sim. Gentileza justificar sua afirmação.

Não. Gentileza justificar porque não atende.

ANEXO D - (ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA COM OS AGENTES DO PCE, MUNICÍPIO DE SANTA INÊS/BA)

ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA COM OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE: COORDENADORA DA VIGILÂNCIA (VIEP/PCE), AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS), AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE), MÉDICOS, ENFERMEIROS E AUXILIARES/TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

- Nome: _____

- Cargo: _____

- Tempo que exerce esse cargo no município de Santa Inês/BA: _____

- Vínculo Funcional: () Estatutário () Contrato Temporário () Função de Confiança

1. Em relação às estratégias de prevenção e controle da esquistossomose, você desenvolve alguma atividade correlacionada à Educação em Saúde, utilizando algum material ilustrativo que possa levar ao conhecimento da população sobre essa doença? Caso afirmativo, informe o tipo de material para divulgação utilizado.

() Sim. Material utilizado: _____

() Não.

2. Quanto ao envolvimento e participação da comunidade nas ações estratégicas de prevenção e controle da esquistossomose, tais como: controle de moluscos, divulgação sobre a doença, participação em palestras, dentre outras atividades, a comunidade participa?

() Sim () Não

3. Quanto às condições de trabalho oferecidas aos profissionais de saúde do município (UBS), para atender de forma adequada e satisfatória à comunidade, através do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), você avalia como:

() Insuficientes () Regulares () Boas () Excelentes

4) Na sua visão e diante de sua experiência profissional, por que as políticas públicas de saúde do município de Santa Inês/BA não conseguem erradicar a esquistossomose, considerando que a população é pequena?

() A comunidade não colabora com o PCE

() As políticas públicas de saúde municipal não tem condições técnicas para erradicar a doença

() É uma endemia de difícil controle, que não depende somente das políticas públicas

() Inexistência de Educação em Saúde

5) Você já recebeu algum treinamento ou participou de algum curso correlacionado com sua área de atuação profissional?

Sim. Há quanto tempo? _____ Não

6) Enumere duas dificuldades que você identifica no exercício de suas atividades profissionais, correlacionadas ao controle da esquistossomose

7) Uma das atividades de controle da esquistossomose, definida pelas diretrizes técnicas do Ministério da Saúde, consiste na delimitação das áreas endêmicas e focais. Existem mapeamentos ou a identificação das áreas endêmicas e focais no município? Caso afirmativo, gentileza enumerar.

Não existe

Existe

ANEXO E - (QUESTIONÁRIO APLICADO À AMOSTRA DA POPULAÇÃO
ACOMETIDA PELA ESQUISTOSSOMOSE NO MUNICÍPIO DE SANTA
INÊS/BA)



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO TERRITORIAL E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
QUESTIONÁRIO APLICADO À POPULAÇÃO ACOMETIDA PELA
***Esquistossomose mansoni* no município de Santa Inês/BA.**

1. Nome: _____

2. Endereço: _____ **Bairro:** _____

3. Idade: _____ anos **Sexo:** () M () F **Estado Civil:** () Solteiro () Casado
() Outros

4. Escolaridade: () Nenhuma () 1º Grau incompleto () 2º Grau incompleto
() 1º Grau completo () 2º Grau completo
() Superior

5. Renda Familiar (SM): () Até 1 () 1 a 2 () 3 a 4 () 5 a 6 () 7 a 10 ()
mais de 10

6. Ocupação: _____

**7. Contato com águas naturais, coleções hídricas, rio, lagoa, córregos, etc.
(motivo/frequência):**

() Nadar/tomar banho/lazer: () às vezes () constantemente () raramente

() Lavar roupa: () às vezes () constantemente () raramente

() Beber: () às vezes () constantemente () raramente

() Extração de areia: () às vezes () constantemente () raramente

() Atravessar córrego: () às vezes () constantemente () raramente

() Trabalhar em lavoura irrigada: () às vezes () constantemente () raramente

() Pescar: () às vezes () constantemente () raramente

Outro: _____: () às vezes () constantemente () raramente

8. Fornecimento de água residencial:

Rede pública Cisterna Outra forma: _____

9. Destino dos dejetos das instalações sanitárias:

Rede coletora municipal Fossa séptica Riacho ou córrego
 Outro _____

10. Tempo de residência (anos):

Até um ano 1 a 5 5 a 8 8 a 10 mais de 10

11. Tem conhecimento sobre a esquistossomose? Sim Não

12. Sabe como evitar essa doença? Sim Não

13. Quantas vezes já se submeteu a um novo tratamento, após a cura da doença?

Nenhuma vez 1 2 3 > 3 vezes

14. Ao ser atendido pela equipe da Atenção Básica/Saúde da Família no controle da esquistossomose do município de Santa Inês/BA. Qual sua avaliação em relação ao atendimento?

Insuficiente Regular Bom Excelente

ANEXO F - (RESPOSTAS DAS ENTREVISTAS E QUESTIONÁRIOS APLICADOS NO CAMPO DE PESQUISA)

RESPOSTAS DAS ENTREVISTAS E QUESTIONÁRIOS

1. Entrevista com a Secretária de Saúde

ROTEIRO ENTREVISTA/PERGUNTA	RESPOSTA GESTORA DE SAÚDE MUNICIPAL
<p>1. Pesquisadores e estudiosos sobre a <i>esquistossomose mansoni</i> afirmam e defendem que a forma mais viável de combater essa endemia seria a prevenção, pois o controle é uma das tarefas mais difíceis dos serviços de saúde pública.</p> <p>Considerando que as ações de controle e combate dessa endemia estão diretamente sob a responsabilidade dos gestores municipais, desde 1993, com o advento da descentralização da saúde, devendo cada município adotar as diretrizes técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, com as devidas adaptações, conforme sua realidade, perguntamos:</p> <p>- Quais os fatores, no âmbito das políticas públicas de saúde do município de Santa Inês/BA, que poderiam ser enumerados, por ordem de importância, que de certa forma dificultam ou inviabilizam a possibilidade de melhores resultados na prevenção e controle da esquistossomose, até que se possa alcançar sua erradicação?</p>	<p>- <i>Eu vejo que a grande dificuldade nossa enquanto Secretária de Saúde é a falta de pessoal para formar uma equipe para o PCE. A gente tem outros problemas: estrutura física, de conscientização da população e dos próprios profissionais de saúde, que não entendem essa importância da prevenção e da gravidade por ser uma doença silenciosa; a questão da estrutura de locomoção, o carro que precisa estar nas casas para entrega de coletores, busca de coletores. Temos 5 veículos sendo que 4 deles a gente utiliza para fazer as viagens, para outros municípios, consultas, exames, acompanhamentos, e um veículo para a saúde básica (serviços internos). Então o PCE não tem um veículo exclusivo. O Programa de controle da esquistossomose é muito importante e de uma abrangência muito grande e seria necessária uma equipe e estrutura própria, mas não tem essa estrutura. A equipe da Saúde da Família faz a parte do trabalho de conscientização, mas não realiza a parte prática de entrega dos coletores, recolhimento dos coletores, leitura das lâminas. A parte operacional as equipes da saúde da família não se envolvem. A gestão municipal tem 10 meses e tem seis que estou atuando na Secretaria. A Saúde eu considero a pasta mais difícil dentro da Administração Pública, porque os problemas são urgentes e emergentes. Considero insuficiente a participação da população para o Programa de combate à esquistossomose.</i></p>
ROTEIRO ENTREVISTA/PERGUNTA	RESPOSTA GESTORA DE SAÚDE MUNICIPAL
<p>2. Em relação à intersetorialidade (a exemplo de convênios e parcerias entre diversos órgãos públicos e da própria sociedade civil organizada), conforme preconiza a Constituição Federal de 1988, <i>in verbis</i>: “Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e a assistência social”.</p> <p>Nesse sentido, o governo federal defende a</p>	<p>- <i>Temos parceria só com o IF Baiano, firmada recentemente. O professor Fred Julião se coloca à disposição para realizar um trabalho de Educação em Saúde, onde já foi montado um laboratório no Instituto. Já foi realizado o primeiro workshop com os profissionais de saúde, porque primeiro tem que começar um trabalho interno de conscientização, para depois começar o trabalho com a comunidade. Estamos aguardando liberação de verbas do PSE – Programa de Saúde na Escola, para, então, iniciar um trabalho com os alunos e</i></p>

<p>prática integrada de políticas públicas para a garantia da saúde, tanto nas diretrizes técnicas de combate à esquistossomose, quanto na legislação infraconstitucional. Face o exposto, perguntamos:</p> <p>- O município de Santa Inês, através da Secretaria de Saúde, possui algum convênio ou parceria com outros órgãos ou entidades, visando a prevenção e o controle da esquistossomose? Caso afirmativo, gentileza enumerar quais esses convênios. Caso negativo, gentileza informar se houve iniciativa dessa Secretaria nesse sentido e que tipo de dificuldade foi encontrada para a efetivação dessas parcerias.</p>	<p><i>em paralelo com os pais, portanto iniciar um trabalho com força dentro das escolas. Para se ter uma ideia, saímos com 50 coletores, e na hora de pegar, recebemos somente 10 a 12 coletores. A dificuldade é muito grande. A população recebe o coletor em casa, recebe o resultado do exame em casa. Se o resultado for positivo, recebe o medicamento em casa e mesmo assim não colabora. Não tem consciência da importância desse trabalho, nem da gravidade da doença.</i></p>
ROTEIRO ENTREVISTA/PERGUNTA	RESPOSTA GESTORA DE SAÚDE MUNICIPAL
<p>3. As políticas públicas de saúde enfrentam grandes dificuldades para o controle e combate da esquistossomose mansoni, uma realidade reconhecida e enfrentada em escalas local, nacional e mundial, face a sua complexidade, que envolve vários fatores, ao mesmo tempo interdependentes e complementares, para que ocorra o ciclo de vida do parasito, culminando na doença.</p> <p>Assim, existem várias estratégias defendidas pelo Ministério da Saúde e também pelos autores e pesquisadores sobre o tema, no sentido de interromper o ciclo biológico do parasito.</p> <p>A Educação em Saúde é reconhecida como um dos principais instrumentos de prevenção da esquistossomose, pois possibilita à população conhecimento sobre a doença e principalmente conscientizar-se em relação aos aspectos comportamentais, para evitar a eliminação de ovos do parasito no meio ambiente, através das fezes, reduzir ou evitar o contato com corpus d' água infestados de cercarias, bem como adoção de outras atitudes que inviabilizam a propagação de moluscos (hospedeiros intermediários), aspectos cruciais para impedir a disseminação e prevalência dessa endemia, Nesse sentido, perguntamos:</p> <p>- A Secretaria de Saúde promove, em atenção a esse importante mecanismo de prevenção e controle da esquistossomose, algum projeto ou ação correlacionados à Educação em Saúde?</p>	<p><i>- A parceria vigente é com o Instituto Baiano, Campus Santa Inês. Estamos aguardando liberação de verbas do PSE – Programa de Saúde na Escola, para então iniciarmos um trabalho com os alunos e pais.</i></p>

<p>Caso afirmativo, gentileza informar de que forma e qual a metodologia adotada (material utilizado). Caso negativo, gentileza informar quais os entraves existentes que impossibilitam esse importante mecanismo de controle recomendado pelo Ministério da Saúde.</p>	
<p>ROTEIRO ENTREVISTA/PERGUNTA</p>	<p>RESPOSTA GESTORA DE SAÚDE MUNICIPAL</p>
<p>4. Estudos sobre as estratégias e ações de combate à esquistossomose apontam que o envolvimento e a participação da comunidade são de relevante importância para a obtenção de bons resultados quanto ao controle e eliminação dessa doença. O Ministério da Saúde também reconhece em suas diretrizes técnicas a magnitude dessa efetiva participação. Qual a sua avaliação em referência à participação da comunidade de Santa Inês nesse processo?</p> <p>(X) Insuficiente () Regular () Boa () Excelente</p>	<p>- Considero insuficiente, pois não colabora com o trabalho dos profissionais de saúde do PCE, conforme explanação da gestora de saúde contida no quadro intitulado “A tímida interação intersetorial nas políticas de combate à esquistossomose”.</p>
<p>ROTEIRO ENTREVISTA/PERGUNTA</p>	<p>RESPOSTA GESTORA DE SAÚDE MUNICIPAL</p>
<p>5. Em relação aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família no controle da esquistossomose, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate às Endemias (ACE), Médicos, Enfermeiros e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, esse quadro de pessoal é suficiente para atender satisfatoriamente à demanda do município em relação à prevenção e controle da esquistossomose?</p> <p>() Sim. Gentileza justificar sua afirmação. () Não. Gentileza justificar porque não atende.</p>	<p>- Trabalham nas atividades do PCE, apenas dois profissionais, sendo um quadro de pessoal insuficiente para atender ao Programa de Controle da Esquistossomose (PCE). No entanto, na Estratégia Saúde da Família (ESF), existe uma cobertura de 100%.</p>

Fonte: Atividade de campo (entrevista realizada pelo autor em outubro/2017)

2. Entrevista com a Coordenadora de (VIEP/PCE) e Agente de Combate às Endemias (ACE)

ROTEIRO ENTREVISTA/PERGUNTA	RESPOSTA COORDENADORA VIGILÂNCIA (VIEP/PCE)
<p>1. Em relação às estratégias de prevenção e controle da esquistossomose, você desenvolve alguma atividade correlacionada à Educação em Saúde, utilizando algum material ilustrativo que possa levar ao conhecimento da população sobre essa doença? Caso afirmativo, informe o tipo de material para divulgação utilizado.</p> <p>() Sim. Material utilizado: _____ () Não.</p>	<p>RESPOSTA COORDENADORA VIGILÂNCIA (VIEP/PCE)</p> <p>- Somente agora (recentemente) firmou parceria com o Instituto Federal Baiano, Campus Santa Inês/BA, onde será divulgado nas escolas, principalmente quando em reuniões de pais e mestres, devendo demonstrar, tanto para os pais como para os alunos, como ocorre o processo de transmissão, mas até o momento não realizou nenhuma atividade de divulgação de educação em saúde. Portanto, somente no Instituto foi mantida essa parceria.</p> <p>RESPOSTA AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE)</p> <p>- Com a mudança de gestor, iniciou uma parceria com o IF Baiano, mas não ocorria esse tipo de trabalho.</p>
<p>2. Quanto ao envolvimento e participação da comunidade nas ações estratégicas de prevenção e controle da esquistossomose, tais como: controle de moluscos, divulgação sobre a doença, participação em palestras, dentre outras atividades, a comunidade participa?</p> <p>() Sim () Não</p>	<p>RESPOSTA COORDENADORA VIGILÂNCIA (VIEP/PCE)</p> <p>- Até o momento, a comunidade não se envolve, nem participa de nenhum evento de conscientização sobre a doença. Não é feito esse trabalho de divulgação sobre a doença, nem controle de moluscos.</p> <p>RESPOSTA AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE)</p> <p>- A população não colabora com nosso trabalho, cerca de 70% dos examinados acusa Schistosoma. Até para fazer o exame têm resistência. De três meses para cá, tem morrido gente e então causou certo medo. Estão aceitando fazer os exames, mas precisa realizar palestras.</p>
<p>3. Quanto às condições de trabalho oferecidas aos profissionais de saúde do município (UBS), para atender de forma adequada e satisfatória à comunidade, através do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), você avalia como:</p> <p>() Insuficientes () Regulares () Boas () Excelentes</p>	<p>RESPOSTA COORDENADORA VIGILÂNCIA (VIEP/PCE)</p> <p>- Avalio que as condições de trabalho são muito insuficientes. Não tem pessoal suficiente, falta de material, não existe uma divulgação na comunidade para alertar a comunidade sobre a gravidade da doença, não existe apoio suficiente para o desenvolvimento de um trabalho com melhores resultados, além da população que não contribui, considerando que não leva a sério, pois entendem que é uma “vermizinha” sem nenhuma importância. Infelizmente é o que a população pensa.</p>

	<p>RESPOSTA AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE)</p> <p><i>- Avalio as condições de trabalho regular. Ainda falta muito para melhorar, além da falta de pessoal..</i></p>
ROTEIRO ENTREVISTA/PERGUNTA	<p>RESPOSTA COORDENADORA VIGILÂNCIA (VIEP/PCE)</p> <p><i>Quanto a esse aspecto, as políticas públicas não conseguem erradicar a doença, por falta de conhecimento e colaboração da comunidade, porque não há conhecimento quanto à gravidade dessa doença e suas consequências. Também a falta de pessoal para desenvolver os trabalhos e falta de divulgação sobre a esquistossomose, além de material que muitas vezes fica em falta.</i></p>
<p>4) Na sua visão e diante de sua experiência profissional, por que as políticas públicas de saúde do município de Santa Inês/BA não conseguem erradicar a esquistossomose, considerando que a população é pequena?</p> <p>() A comunidade não colabora com o PCE</p> <p>() As políticas públicas de saúde municipal não tem condições técnicas para erradicar a doença</p> <p>() É uma endemia de difícil controle, que não depende somente das políticas públicas</p> <p>() Inexistência de Educação em Saúde</p>	<p>RESPOSTA AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE)</p> <p><i>- Além da população não colaborar, falta também incentivo das próprias políticas públicas. É uma área esquecida por eles. Para essa área é muito difícil... Não tem condições técnicas.</i></p>
ROTEIRO ENTREVISTA/PERGUNTA	<p>RESPOSTA COORDENADORA VIGILÂNCIA (VIEP/PCE)</p>
<p>5) Você já recebeu algum treinamento ou participou de algum curso correlacionado com sua área de atuação profissional?</p> <p>() Sim. Há quanto tempo? _____</p> <p>() Não</p>	<p><i>- Quanto a treinamentos para o desempenho das atividades, tem mais de quinze anos que participei de um treinamento. O mais recente foi oferecido em 2003, sobre parasitologia.</i></p>
	<p>RESPOSTA AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE)</p> <p><i>- Recebi treinamento pela Dires – Diretoria Regional de Saúde, em 2002 e de lá para cá, nenhum treinamento.</i></p>
ROTEIRO ENTREVISTA/PERGUNTA	<p>RESPOSTA COORDENADORA VIGILÂNCIA (VIEP/PCE)</p>
<p>6) Enumere duas dificuldades que você identifica no exercício de suas atividades profissionais, correlacionadas ao controle da esquistossomose</p>	<p><i>- Falta de pessoal, falta de divulgação sobre a doença e falta de material. Existem dificuldades, a exemplo da falta de coletores, onde houve períodos que ficamos praticamente seis meses sem material para realizar coleta, ocorrendo a quebra do ciclo programático planejado.</i></p>
	<p>RESPOSTA AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE)</p> <p><i>- A recusa da população e medicamento que não vem da Dires a quantidade suficiente, que não é comercializado em farmácia (Praziquantel).</i></p>
ROTEIRO ENTREVISTA/PERGUNTA	<p>RESPOSTA COORDENADORA VIGILÂNCIA (VIEP/PCE)</p>

<p>7) Uma das atividades de controle da esquistossomose, definida pelas diretrizes técnicas do Ministério da Saúde, consiste na delimitação das áreas endêmicas e focais. Existem mapeamentos ou a identificação das áreas endêmicas e focais no município? Caso afirmativo, gentileza enumerar.</p>	<p>- Os pontos de maior incidência de pessoas com <i>Schistosoma</i> no município de Santa Inês, estão focalizados em três lugares: bairro da Caixa d'água (centro), Popular e Pontal. A pessoa responsável pela vigilância epidemiológica realiza semanalmente visitas, para entrega de coletores aos habitantes, marcando a data de entrega. Esses coletores são analisados e caso fique comprovada a positividade, é encaminhado o resultado ao paciente, com o medicamento a ser administrado. Ocorre que, muitas pessoas não realizam a coleta de fezes para exame. O mais agravante é que eles consideram essa doença sem importância e não levam a sério a gravidade da esquistossomose. Tem algumas pessoas que realizam exames em laboratórios particulares e mediante a positividade, fornecemos o medicamento.</p>
<p>() Não existe () Existe</p>	<p>RESPOSTA AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE)</p>
	<p>- Existe um croqui que indica as áreas com maior risco de contaminação, nos bairros próximos às margens do rio Jiquiriçá. São três áreas com maior concentração de esquistossomose: Pontal, Caixa D'água e Centro. A barragem é o local com maior risco de contaminação, que a população utiliza para pescar e tomar banho.</p>

Fonte: Atividade de campo (entrevista realizada pelo autor em outubro/2017)

3. Tabulação das respostas do questionário aplicado ao acometidos pela Esquistossomos, residentes em Santa Inês/BA

VARIÁVEIS	Nº TOTAL	%
1. Sexo		
Feminino	(2)	20,0
Masculino	(8)	80,0
Total	(10)	100,0
2. Idade		
33 anos	(1)	10,0
42 a 45 anos	(2)	20,0
51 a 54 anos	(3)	30,0
60 a 65 anos	(4)	40,0
Total	(10)	100,0
3. Estado civil		
Solteiro	(2)	20,0
Casado	(6)	60,0
Outros	(2)	20,0
Total	(10)	100,0
4. Escolaridade		
1º Grau incompleto	(7)	70,0
1º Grau completo	(1)	10,0
2º Grau incompleto	(0)	0,0
2º completo	(2)	20,0
Nível superior	(0)	0,0
Total	(10)	100,0
5. Ocupação		
Funcionário Público municipal	(2)	20,0
Servente	(2)	20,0
Tratorista	(1)	10,0
Pedreiro	(1)	10,0
Autônomo/vendedor ambulante	(1)	10,0
Aposentado	(2)	20,0

Doméstica	(1)	10,0
6. Renda Familiar (SM)		
Até 1 salário mínimo	(8)	80,0
De 1 a 2 salários mínimos	(1)	10,0
De 3 a 4 salários mínimos	(1)	10,0
De 5 a 6 salários mínimos	(0)	0,0
De 7 a 10 salários mínimos	(0)	0,0
Mais de 10 salários mínimos	(0)	0,0
Total	(10)	100,0
7. Contato com águas naturais, coleções hídricas, rios, lagos, etc. (motivo/frequência)		
Nadar, tomar banho/lazer	(5)	50,0
Às vezes	(3)	30,0
Constantemente	(2)	20,0
Raramente	(0)	0,0
Lavar roupa	(0)	0,0
Beber	(0)	0,0
Extração de areia	(0)	0,0
Atravessar córrego	(0)	0,0
Trabalhar em lavoura irrigada	(0)	0,0
Pescar	(5)	50,0
Às vezes	(2)	20,0
Constantemente	(3)	30,0
Raramente	(0)	0,0
Total	(10)	100,0
8. Fornecimento de água residencial		
Rede pública	(10)	100,0
Cisterna	(0)	0,0
Outra forma	(0)	0,0
Total	(10)	100,0

9. Destino dos dejetos das instalações sanitárias

Rede coletora municipal	(5)	50,0
Fossa séptica	(5)	50,0
Riacho ou córrego	(0)	0,0
Outros	(0)	0,0
Total	(10)	100,0

10. Tempo residência (anos)

Até um ano	(0)	0,0
De 1 a 5 anos	(2)	20,0
De 5 a 8 anos	(0)	0,0
De 8 a 10 anos	(0)	0,0
Mais de 10 anos	(8)	80,0
Total	(10)	100,0

11. Tem conhecimento sobre a esquistossomose?

Sim	(3)	30,0
Não	(7)	70,0
Total	(10)	100,0

12. Sabe como evitar a doença?

Sim	(7)	70,0
Não	(3)	30,0
Total	(10)	100,0

13. Quantas vezes já se submeteu a um novo tratamento, após a cura da doença?

1 vez	(3)	30,0
2 vezes	(2)	20,0
3 vezes	(1)	10,0
+ 3 vezes	(0)	0,0
Nenhuma vez	(4)	40,0
Total	(10)	100,0

14. Ao ser atendido pela equipe da Atenção Básica/Saúde da Família no controle da esquistossomose no município de Santa Inês/BA, qual sua avaliação em relação ao atendimento?

Insuficiente	3	30,0
--------------	---	------

Regular	2	20,0
Bom	4	40,0
Excelente	1	10,0
Total	(10)	100,0

Fonte: Questionário aplicado no campo da pesquisa (outubro/2017)