

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

BEATRIZ CUENCA SANTIESTEBAN

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA VOLTADA PARA PREVENÇÃO DAS
PARASIToses INTESTINAIS, EM ESPECIAL ESQUISTOSSOMOSE, NO
MUNICÍPIO DE JUNDIÁ - AL.**

JUNDIÁ - AL
2015

BEATRIZ CUENCA SANTIESTEBAN

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA VOLTADA PARA PREVENÇÃO DAS
PARASIToses INTESTINAIS, EM ESPECIAL ESQUISTOSSOMOSE, NO
MUNICÍPIO DE JUNDIÁ – AL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização Estratégia Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Anézia M. F. Madeira

JUNDIÁ – AL

2015

BEATRIZ CUENCA SANTIESTEBAN

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA VOLTADA PARA PREVENÇÃO DAS
PARASITÓSES INTESTINAIS, EM ESPECIAL ESQUISTOSSOMOSE, NO
MUNICÍPIO DE JUNDIÁ – AL**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Anézia M. F. Madeira (UFMG)

Profa. Rosiene Maria de Freitas

Aprovado em Belo Horizonte, em: ___/___/___

Dedico este trabalho

À comunidade de JUNDIÁ, que me acolheu e apoiou em meu trabalho.

À equipe de saúde, que compartilha comigo a realização deste projeto.

A meus pais, esposo e filhos que são fonte permanente de apoio e amor incondicional em todos os momentos de minha vida.

AGRADEÇO

Em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

À minha orientadora Profa. Anézia M. F. Madeira, pela dedicação, paciência e por ter acreditado na realização deste trabalho.

À minha equipe de saúde, pela ajuda incondicional.

À Coordenação de Atenção Básica e de Promoção à Saúde do Município de Jundiá pelo apoio.

RESUMO

A esquistossomose assume caráter endêmico em diversos países. No Brasil ela está concentrada nas regiões Nordeste e Sudeste, e se associa à pobreza e ao baixo desenvolvimento econômico que gera necessidade de utilização de águas naturais contaminadas para o exercício da agricultura, trabalho doméstico e/ou lazer. Nesse sentido, este Plano de Intervenção tem como objetivo reduzir a esquistossomose na área de abrangência do PSF-I, Jundiá Al-por meio de ações educativas. A partir do diagnóstico situacional da área foi possível identificar seis situações problema: incidência de parasitoses intestinais incluindo a esquistossomose; incidência de infecções respiratórias agudas; alto índice de hipertensão arterial; doenças mentais; alcoolismo e outras drogas; e acidentes. Elegeu-se “incidência de parasitoses intestinais incluindo a esquistossomose”, como foco de intervenção, por considerarmos a magnitude do problema e as possibilidades de amenizar a situação por meio de ações educativas voltadas para a população de responsabilidade da Unidade Básica PSF-I. A intervenção será realizada por meio de ações educativas, envolvendo palestras, visitas domiciliares, e orientações individuais. Terão como foco cuidados higiênicos pessoais e do ambiente com o objetivo de promover a saúde, principalmente da população da zona rural do município. O Plano de Intervenção focado na prevenção e no controle da esquistossomose torna-se um grande desafio para nós profissionais de saúde, e pode apresentar algumas limitações, considerando a diversidade de fatores que contribuem para disseminação da doença e os entraves naturais, culturais, sociais e políticos que dificultam seu controle e tratamento. Porém, pensamos que a educação em saúde envolvendo a população e a articulação com as políticas públicas sinaliza algumas mudanças no quadro sanitário do município em relação às parasitoses intestinais e, em especial, a esquistossomose.

Palavras-chave: Doenças Parasitárias; Verminoses; Esquistossomose; Ação Educativa.

ABSTRACT

Schistosomiasis assumes endemic in several countries. In Brazil it is concentrated in the Northeast and Southeast, and is associated with poverty and low economic development that generates the need to use natural contaminated water for the exercise of agriculture, domestic work and / or leisure. In this sense, this Intervention Plan aims to reduce schistosomiasis in the catchment area of PSF-I, Jundiá, Alagoas, through educational activities. From the situational diagnosis of the area it was possible to identify six problem situations: incidence of intestinal parasitic diseases including schistosomiasis; incidence of acute respiratory infections; high blood pressure index; mental illness; alcohol and other drugs; and accidents. He was elected "incidence of intestinal parasitic diseases including schistosomiasis," as intervention focus, because we consider the magnitude of the problem and the possibilities to mitigate the situation through educational activities aimed at the population of responsibility Basic Unit PSF-I. The intervention will be carried out through educational activities, involving lectures, home visits, and individual guidance. Will focus on personal hygiene care and the environment in order to promote health, especially the population of the rural municipality. The Intervention Plan focused on the prevention and control of schistosomiasis becomes a big challenge for us health professionals, and may have some limitations, given the diversity of factors contributing to spread of the disease and natural barriers, cultural, social and politicians who hamper its control and treatment. However, we believe that health education involving the population and the articulation with public policies indicates some changes in the health situation of the municipality in relation to intestinal parasites and in particular, schistosomiasis.

Keywords: Parasitic Diseases; Worms; Schistosomiasis; Educational Action.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: Distribuição da população segundo faixa etária.....	12
Tabela 2: Distribuição da população por sexo e idade.....	13
Tabela 3: Distribuição de população por zona de residência.....	13
Tabela 4: Renda, pobreza e desigualdade.....	14
Tabela 5: Porcentagem da renda apropriada por estratos da população.....	15
Gráfico 1: Renda, pobreza e desigualdade	15
Tabela 6: Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água	16
Tabela 7: Recolhimento de esgoto	16
Gráfico 2: Frequência escolar de 6 a 14 anos, Jundiá – AL 2010.	17
Gráfico 3: Frequência escolar de 15 a 17 anos, Jundiá – AL; 2010	17
Gráfico 4: Frequência escolar de 18 a 24 anos, Jundiá – AL; 2010	18
Tabela 8: Principais problemas de saúde identificados na área de abrangência da Unidade Básica PSF I, Jundiá- AL, 2015.....	22
Tabela 9: Consultas atendidas na atenção básica, por meses, com diagnóstico de parasitismo intestinal incluindo esquistossomose, Jundiá - AL 2014	23
Quadro 1: Desenho das operações para os nós críticos do problema: Incidência de parasitoses intestinais incluindo a esquistossomose, na área de abrangência do PSF-I, Jundiá - AL	35
Quadro 2: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema Incidência de parasitoses intestinais incluindo a esquistossomose, Jundiá - AL	37
Quadro 3: Proposta de ações para motivação dos atores	38
Quadro 4: Plano operativo	40
Quadro 5: Acompanhamento das operações do Plano de Intervenção pelo responsável ...	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CONTEXTO DE ESTUDO: MUNICÍPIO DE JUNDIA-AL	12
2.1 Aspectos demográficos do município.....	12
2.2 Índice de desenvolvimento humano municipal	14
2.3 Saneamentos básico.....	15
2.4 Educação	17
2.5 Recursos da comunidade.....	18
2.6 Sistema municipal de saúde	18
2.6.1 Atividades de saúde desenvolvidas.....	19
3 JUSTIFICATIVA	21
4 OBJETIVO	24
5 MÉTODO	25
5.1 Revisão Bibliográfica.....	25
5.1.1 Contextualizando algumas parasitoses intestinais	25
5.1.2 Esquistossomose: algumas considerações	29
5.1.3 Ações educativas no combate e na prevenção das parasitoses intestinais	30
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	33
6.1 Operacionalização.....	33
6.2 Desenho das operações.....	34
6.3 Gestão do plano de intervenção.....	40
6.4 Recursos materiais e serviços de apoio	40
6.5 Avaliação e acompanhamento do Plano de Intervenção	41
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

Ao cursar a disciplina “Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde” do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, tive oportunidade de realizar o diagnóstico situacional em saúde da área de abrangência da unidade denominada PSF-I, do município de Jundiá - AL na qual atuo como médica. Por meio do diagnóstico, foi possível identificar os problemas de saúde mais comuns na região. São eles: incidência de parasitoses intestinais incluindo a esquistossomose; incidência de infecções respiratórias agudas; alto índice de hipertensão arterial; doenças mentais; alcoolismo e outras drogas; e acidentes.

Tenho tido oportunidade de vivenciar a desinformação dos usuários que procuram o serviço sobre prevenção e tratamento das parasitoses intestinais. São comuns quadros de diarreia crônica e déficit nutricional e anemia, em pessoas provindas de regiões com saneamento básico inadequado, principalmente crianças e adolescentes. Além disso, durante o acolhimento na unidade é comum queixas frequentes dos pais das crianças, como dor abdominal, diarreia, vômito, perda de apetite, prurido anal, lesões crônicas de pele. Na palpação do abdome tenho detectado fígado aumentado em muitos pacientes, muitas vezes associado à esquistossomose, já em estado crônico.

Nesse sentido, elegeu-se como “nó-crítico” para intervenção neste trabalho, *incidência de parasitoses intestinais incluindo a esquistossomose*.

O parasitismo intestinal constitui um problema de saúde importante em países em desenvolvimento, uma vez que provoca cifras elevadas de morbimortalidade. O panorama mundial mostra que 60.000 mortes ao ano são provocadas por *Ascaris lumbricoides*; 65.000 por *Ancilóstomos duodenale* e *Necator americanus* e 10.000 por *Tricócefalos trichiurus* (CAÑETE *et al.*, 2004).

A esquistossomose mansônica é uma parasitose endêmica em setenta e seis países e territórios, onde atinge cerca de 187 milhões de pessoas, segundo Jamison *et al.* (2006) *apud* Oliveira *et al.* (2008). No Brasil, a doença está mais concentrada nos estados das regiões nordeste e sudeste, acometendo cerca de seis milhões de pessoas (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

No Brasil, as parasitoses figuram entre os principais problemas de saúde pública; no entanto, a investigação parasitológica tem sido amplamente negligenciada (BASSO *et al.*, 2008). A negligência dos órgãos responsáveis pelo diagnóstico e controle das parasitoses intestinais contribui para que elas se tornem endêmicas em algumas regiões do Brasil, principalmente em localidades onde as condições de saneamento básico são precárias.

Os parasitas são organismos vivos que passam parte da vida habitando o corpo do homem ou/e do animal. O desequilíbrio na relação parasita hospedeiro e a infestação de parasitas no ser humano, ocasionados por ações inadequadas do próprio homem no meio ambiente, provocam alterações na saúde do indivíduo diminuindo sua qualidade de vida e, em alguns casos, levando à morte.

Ressalta-se que as parasitoses intestinais são um dos problemas mais frequentes em crianças e adolescentes em grande parte do mundo, especialmente naqueles que vivem em áreas rurais, em condições precárias de higiene. Estas doenças podem cursar de forma assintomática, com manifestações discretas ou moderadas. Em geral manifestam-se através da perda do apetite, dor abdominal e diarreia ocasional. As pessoas infectadas podem também apresentar complicações graves como diarreia intensa, disenteria, obstrução intestinal, prolapso retal e anemia. Conforme Amarante (2001) a prevalência de parasitas intestinais em crianças ocasiona efeitos patológicos que interferem de maneira significativa no seu estado nutricional, e em seu crescimento e desenvolvimento, inclusive em sua função cognitiva.

De acordo com Castro; Yovera; Núñez (2004) a prevalência das parasitoses intestinais é maior nas áreas de baixas condições socioeconômicas e carentes de saneamento básico, incluindo tratamento de água e esgoto, recolhimento do lixo e controle de vetores..

Acreditamos que a educação em saúde da população atrelada às políticas públicas pode ser um dos caminhos para se conseguir a prevenção das parasitoses intestinais em especial da esquistossomose, por meio de mudança de comportamento das pessoas, principalmente estilos de vida.

2 CONTEXTO DE ESTUDO: MUNICÍPIO DE JUNDIA-AL

O município de Jundiá está localizado na região norte-nordeste do Estado de Alagoas, limitando-se ao norte com os municípios de Campestre e Jacuípe, ao sul com Matriz de Camaragibe, ao leste com Porto Calvo e a oeste com Novo Lino. A área municipal ocupa 119,73 km² (0,43% de AL), inserida na mesorregião do Leste Alagoano e na microrregião da Mata Alagoana, predominantemente na Folha Palmares. Sua população é de aproximadamente 4.536 habitantes, sendo 2.293 do sexo masculino e 2.243 do sexo feminino. cerca de 120 quilômetros quadrados. Possui uma densidade populacional de quase 38.7 hab/ Km² , segundo IBGE (2013)..

2.1 Aspectos demográficos do município

A distribuição da população do município segundo a faixa etária, é mostrada na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição da população segundo faixa etária, Jundiá- AL, 2013.

Faixa etária	Número absoluto	%
< 1 ano.	21	0.5
1-4	231	5.1
5-6	137	3.0
7-9	232	5.1
10-14	428	9.4
15-19	529	11.7
20-39	1.590	35.0
40-49	534	11.8
50-59	406	9.0
60 y +	428	9.4
Total	4.536	100

Fonte DAB-DATASUS, Secretaria Municipal de Jundiá-AL, 2013.

No quadro acima podemos observar que as faixas etárias de 10 a 14 e de 60 e mais contém o mesmo número de pessoas. Há uma maior concentração de pessoas entre 20 e 39 anos. Isto demonstra ser o município potencial para mão de obra, considerando a grande faixa etária produtiva.

Tabela 2: Distribuição da população por sexo e idade, Jundiá-AL, 2013.

N.º de indivíduos	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10a 14	15 a 19	20 a 39	40a 49	50 a 59	>60	Total
<i>Masculino</i>	13	113	64	103	213	258	836	261	222	210	2.293
<i>Feminino</i>	8	118	73	129	215	271	754	273	184	218	2.243
TOTAL	21	231	137	232	428	529	1.590	534	406	428	4.536

Fonte DAB-DATASUS, Secretaria Municipal de Jundiá- AL, 2013.

Observa-se na tabela 2 pequena diferença entre a população masculina e feminina, nas diferentes faixas etárias.

Tabela 3: Distribuição de população por zona de residência, Jundiá, Alagoas, 2013.

Faixa Etária	> 1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	+ 60	Total
<i>Urbana</i>	8	145	84	165	305	325	1.029	364	273	276	2.974
<i>Rural</i>	13	86	53	67	123	204	561	170	133	152	1.562
Total	21	231	137	232	428	529	1.590	534	406	428	4.536

Fonte: SIAB, Secretaria Municipal de Jundiá-AL, 2013.

Evidencia-se na tabela 3, uma maior concentração de pessoas na região urbana do município, com predomínio da faixa etária de 20 a 39 anos.

2.2 Índice de desenvolvimento humano municipal

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Jundiá de 2010 foi 0,562. Isto mostra que o município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599), inclusive em relação ao próprio Estado de Alagoas (BRASIL, 2013).

Este índice caracteriza a realidade das famílias jundianenses, as quais em sua maioria são de baixa renda, sobrevivendo apenas com recursos do Governo Federal, por meio dos Programas de Transferência de Renda, como Bolsa Família (BRASIL, 2013).

A renda *per capita* média de Jundiá cresceu 111,32% nas últimas duas décadas, passando de R\$133,86 em 1991 para R\$126,24 em 2000 e R\$282,87 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de -5,69% no primeiro período e 124,07% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$70,00, em agosto de 2010) passou de 33,90% em 1991 para 36,02% em 2000 e para 16,90% em 2010. A desigualdade aumentou: o Índice de Gini passou de 0,46 em 1991 para 0,49 em 2000 e para 0,54 em 2010 (BRASIL, 2013).

Jundiá ocupa a 5002^a posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 5001 (89,87%) municípios estão em situação melhor e 563 (10,12%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 102 outros municípios de Alagoas, Jundiá ocupa a 52^a posição, sendo que 51 (50,00%) municípios estão em situação melhor e 50 (49,02%) municípios estão em situação pior ou igual (BRASIL, 2013).

Tabela 4: Renda, pobreza e desigualdade, Jundia-AL, 1991-2010

	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	133,86	126,24	282,87
% de extremamente pobres	33,90	72,46	38,28
% de pobres	69,34	72,46	38,28
Índice de Gini	0,46	0,49	0,54

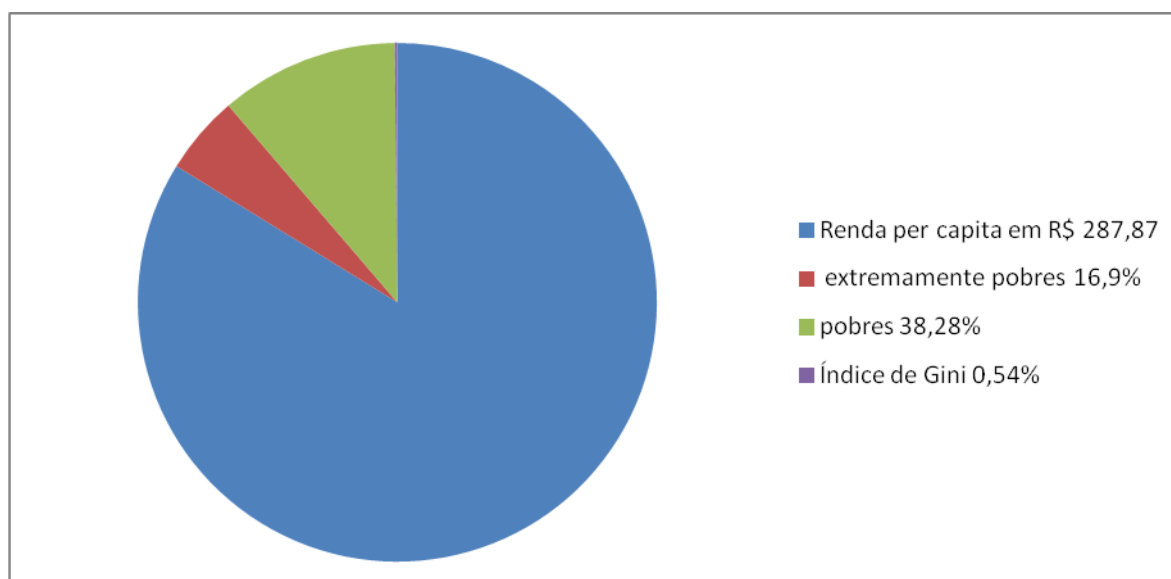
Fonte: PNUD, Ipea e Fundação João Pinheiro, 2010.

Tabela 5: Porcentagem da renda apropriada por estratos da população, Jundiá, Alagoas, 1991-2010.

	1991	2000	2010
20% mais pobres	4,74	2,68	2,88
40% mais pobres	14,12	11,79	11,08
60% mais pobres	28,59	25,71	23,61
80% mais pobres	49,34	47,16	41,93
20% mais ricos	50,66	52,84	58,07

Fonte: PNUD, Ipea e Fundação João Pinheiro, 2010.

GRÁFICO 1: Renda, pobreza e desigualdade, Jundiá-AL, 2010.



Fonte: PNUD, Ipea e Fundação João Pinheiro, 2010.

2.3 Saneamentos básico

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF-1 é razoavelmente irregular, conta com coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências. Vale lembrar que a área de abrangência é urbana, e existem famílias em situações precárias de moradia. A tabela 6 sintetiza as informações sobre a situação do saneamento básico no município.

Tabela 6: Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água, instalação sanitária e coleta de lixo, Jundiá-AL, 2014.

<i>Abastecimento de água</i>	Quantidade de Casas		%
<i>Rede pública</i>	489		37.7
<i>Poço ou nascente</i>	801		61.85
<i>Outros</i>	5		0.39

Fonte: DAB-DATASUS Secretaria Municipal de Saúde, Jundiá-AL, 2014.

A água *in natura* que chega à Estação de Tratamento de Água (ETA) do município de Jundiá é captada de nascente por gravidade. Esta captação fica a 6 km de distância da ETA. Observa-se no quadro acima que a maioria das casas do município utiliza água de poço ou nascente. Portanto, a qualidade da água é um dos fatores que contribui para ocorrência de doenças parasitárias, de transmissão pelo trato gastrointestinal.

Tabela 7: Recolhimento de esgoto, Jundiá-AL, 2014.

% de recolhimento de esgoto por rede pública		
<i>Destino fezes/urina</i>	Quantidade de casa	%
<i>Sistema de esgoto</i>	21	1.62
<i>Fossa</i>	703	54.29
<i>Céu aberto</i>	571	44.09

Fonte: Fonte: DAB-DATASUS Secretaria Municipal de Saúde, Jundia-AL, 2014.

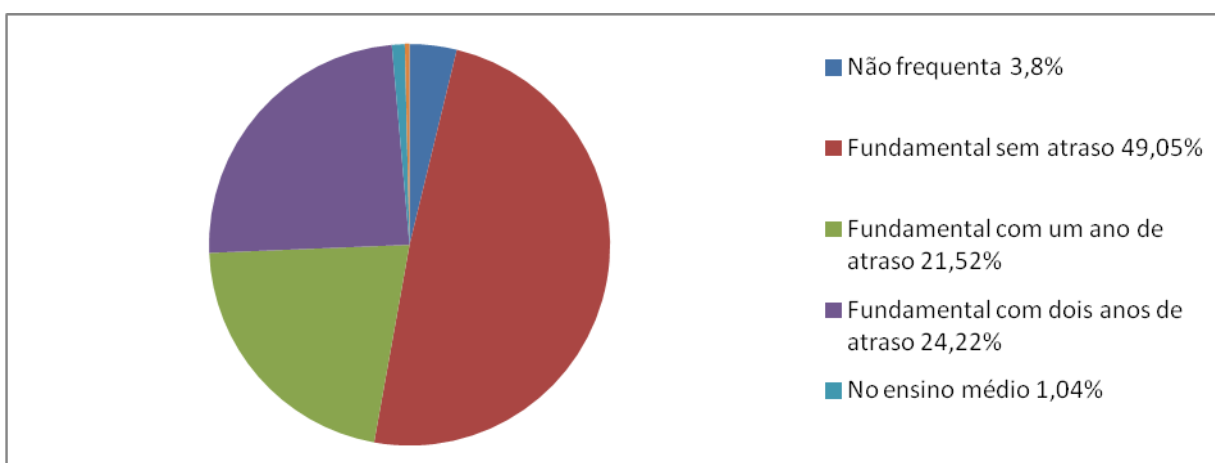
A tabela 7 mostra que praticamente o total da população do município de Jundiá é desprovido de rede de esgoto. A contaminação do solo por meio de dejetos é um condicionante para presença de parasitoses na região, já que 54,29% da população utilizam fossa e 44,09% depositam seus dejetos a céu aberto.

2.4 Educação

Segundo dados da Secretaria Municipal de Educação de Jundiá, 78,28% dos habitantes são alfabetizados. No entanto, observa-se um número elevado de pessoas analfabetas acima de 60 anos, principalmente na zona rural (SME, JUNDIÁ, 2014).

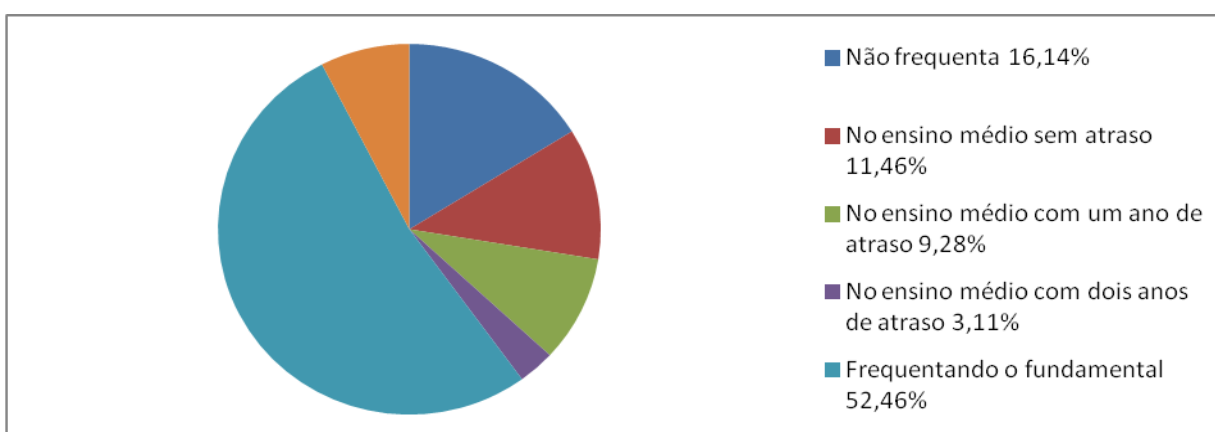
A proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação, como podemos ver nos gráficos 2 e 3 (BRASIL, 2013).

GRÁFICO 2: Frequência escolar de 6 a 14 anos, Jundiá-AL, 2010.



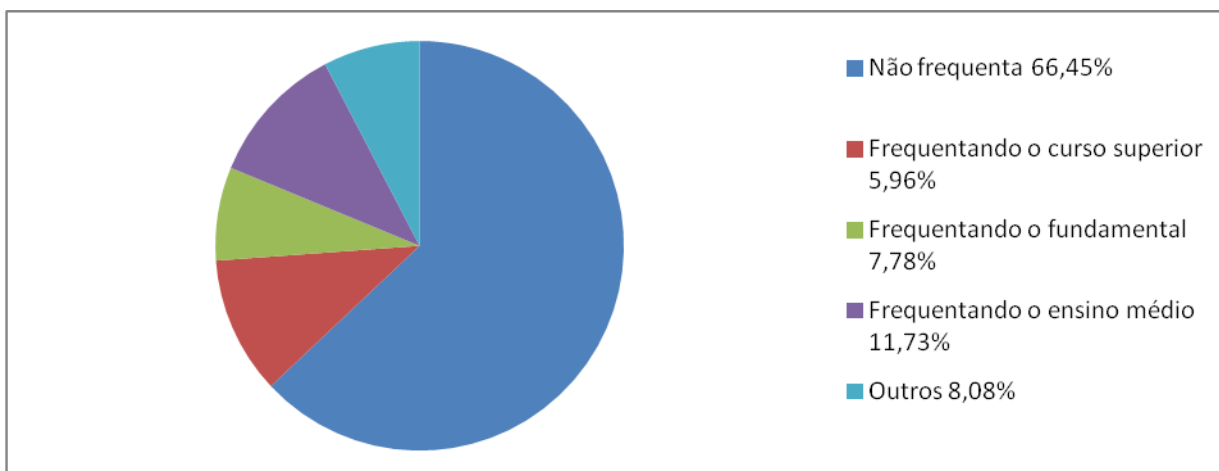
Fonte: BRASIL, 2013.

GRÁFICO 3 : Frequência escolar de 15 a 17 anos, Jundiá-AL, 2010.



Fonte: BRASIL, 2013.

GRÁFICO 4: Frequência escolar de 18 a 24 anos, Jundiá-AL, 2010.



Fonte: BRASIL, 2013.

2.5 Recursos da comunidade

Existem na região sete igrejas na área central da cidade, e quatorze na zona rural; três escolas na zona urbana; treze na zona rural e uma creche; uma operadora telefônica; uma agência dos Correios, que funciona como ponto para transações bancárias; um banco postal e uma casa lotérica.

2.6 Sistema municipal de saúde

No município de Jundiá não existe Hospital, há apenas um Laboratório de análises clínicas, duas Unidades Básicas de Saúde e a Secretaria de Saúde, sendo responsável pelo direcionamento das consultas da atenção primária para especialistas da atenção secundária e terciária. Quase a totalidade da população é dependente do SUS.

A atenção básica se organiza segundo as diretrizes do Programa Saúde da Família. A população é assistida pelas Unidades Básicas PSF I e PSF II, responsáveis, respectivamente, por seis e sete micro áreas. Como o município é pequeno, a população é atendida pelos dois PSFs com uma cobertura de 100%. Além disso, conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). No município não existe Centro de Apoio psicossocial (CAPS) e nem Centro de Especialidades

Odontológicas (CEO). Os casos de emergência são encaminhados para um posto de apoio (posto de saúde), na zona urbana, localizado próximo à Unidade Básica PSF I.

2.6.1 Atividades de saúde desenvolvidas

A Unidade Básica PSF I, na qual atuo como médica generalista, está localizada na área urbana da cidade, e é composta por 15 profissionais são eles : 1 médico generalista do Programa Mais Medico(PMM), 1 Enfermeira, 6 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar de enfermagem; além de 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário, 2 atendentes de saúde e 2 auxiliares de serviços gerais.

Os casos destinados à atenção secundária são encaminhados para os hospitais de referência nas seguintes cidades de Alagoas: Joaquim Gomes, Colônia de Leopoldina, e União dos Palmares, pois no município de Jundiá não há hospital. Porém, na maioria das vezes, os pacientes preferem ser encaminhado para o hospital de Palmares, município próximo que pertence ao Estado de Pernambuco.

Não há no município o sistema de contra referência dos encaminhamentos; as gestantes de risco habitual são encaminhadas ao Hospital de Joaquim Gomes, já as de alto risco são levadas para o Hospital Universitário de Maceió. Os serviços de ultrassom, RX, mamografias, interconsultas com especialistas, dentre outros procedimentos, também são realizados em Maceió. No município são realizados ECG e ECO com acompanhamento e consulta com Cardiologista.

A Equipe do NASF é composta por um Educador Físico, dois Fisioterapeutas, um Nutricionista, e um Psicólogo. O município conta também com as especialidades, em casos de encaminhamentos: psicologia, nutrição, cardiologia, gineco-obstetra, mastologia, psiquiatria e fisioterapia.

2.7 Dados epidemiológicos do município

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o município cadastrou em 2013, 366 portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS), 82 de diabetes, nenhum de tuberculose e de dengue (SIAB, 2013).

As principais causas de internação em 2013, segundo dados do SIH/DATASUS (2013) foram: complicações da diabetes *mellitus*, AVC e câncer.

Segundo as declarações de óbito (DO), no ano de 2013 as principais causas de óbitos no município foram: pneumonias, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC). Na nossa área de abrangência em 2013 e 2014 não houve óbito em menor de 1 ano.

A cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 100% (JUNDIÁ, AL, 2013).

3 JUSTIFICATIVA

O presente projeto justifica-se pela caracterização sócio-econômica-cultural da população do município de Jundiá a mesma apresenta maus hábitos higiênicos e ambientais, principalmente pelas condições climáticas e pela falta de saneamento básico na região.

Este panorama contribui para o aumento do número de atendimentos por parasitismo intestinal na unidade de saúde. A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, sendo assim, acreditamos que possamos melhorar as condições higiênicas, por sua vez a incidência das doenças infecciosas provocadas por parasitas intestinais e esquistossomose, por meio de um projeto de intervenção na área adstrita da unidade de saúde.

São dificuldades que extrapolam a unidade de saúde. Requer ações intersetoriais que atreladas a políticas públicas e a mudanças socioculturais, serão capazes de mudar a realidade do município no tocante à incidência da esquistossomose na região.

Tabela 8: Principais problemas de saúde identificados na área de abrangência da Unidade Básica PSF I, Jundiá- AL, 2014.

<i>Principais problemas</i>	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
<i>Incidência de parasitoses intestinais incluindo esquistossomose</i>	ALTA	7	PARCIAL	1
<i>Incidência de infecções respiratórias agudas</i>	ALTA	5	PARCIAL	2
<i>Alto índice de hipertensão arterial</i>	ALTA	5	PARCIAL	2
<i>Doenças mentais</i>	ALTA	4	PARCIAL	3
<i>Alcoolismo e drogas</i>	ALTA	4	PARCIAL	4

Fonte: Dados da autora (2014).

A tabela 8: Priorizamos o problema: **Alta incidência de parasitismo intestinal e esquistossomose**. Consideramos que este é o problema quase estruturado porque é um problema complexo, traduzindo-se em dificuldades para seu enfrentamento, só e possível identificar algumas variáveis que o compõem, infelizmente não e visto como um problema por todos os atores e é um problema produzido no processo social e precisa ser enfrentado com base na elaboração de um plano de ação.

Tabela 9: Consultas atendidas na atenção básica, por meses, com diagnóstico de parasitoses intestinais/esquistossomose, Jundiá-AL, 2014.

MESES	TOTAL DE CONSULTAS	PARASITISMO INTESTINAL	%	ESQUISTOSSOMO SE	%
<i>Janeiro</i>	472	68	14.4	26	5.5
<i>Fevereiro</i>	485	54	11.1	18	3.7
<i>Março</i>	298	36	12.1	14	4.7
<i>Abril</i>	312	60	19.2	20	6.4
<i>Mai</i>	337	66	19.6	16	4.7
<i>Junho</i>	320	49	15.3	10	3.1
TOTAL	2.224	333	14.9	104	4.7

Fonte: Dados da autora (2014).

O tabela 9 confirma a alta incidência da parasitose intestinais e esquistossomose no município. Ou seja, das 2.224 consultas realizadas no período de janeiro a junho de 2014, na atenção básica, 333 (14,9%) tiveram o diagnóstico de parasitose intestinal, sendo 104 de esquistossomose; o que justifica o interesse por este assunto e reitera a classificação de área endêmica ao município. Vale ressaltar, que na área de abrangência da Unidade Básica PSF-I a população não tem acesso à água tratada; muitas famílias utilizam reservatórios. A água utilizada para uso próprio e para preparo dos alimentos é filtrada ou clorada (adição de hipoclorito de sódio), ou não passa por nenhum tipo de tratamento. A água para realização das tarefas domésticas é retirada de rio que banha a região. As pessoas também usam esta água para banhar-se ou lazer. Vale informar que neste rio é desprezada grande parte do lixo da cidade.

Neste sentido, acreditamos que um plano de intervenção voltado para população adscrita à unidade de saúde, com enfoque na educação, poderia contribuir para melhorar o nível de conhecimento dos sujeitos a respeito dos fatores que contribuem para ocorrência das parasitoses intestinais, principalmente a esquistossomose, dos efeitos que a doença pode ocasionar no indivíduo, e sobre as medidas de proteção.

4 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção com intuito de reduzir as parasitoses intestinais especialmente esquistossomose na área de abrangência da Unidade Básica PSF-I, Jundiá-AL, por meio de ações educativas direcionadas à população adscrita.

5 MÉTODO

A apropriação dos conteúdos oferecidos pela disciplina “Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde”, do Curso de Especialização Estrategia Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, foi fundamental para dar início ao Plano de Intervenção. Por meio do diagnóstico situacional de saúde (Estimativa Rápida), foi possível identificar os 6(seis) principais problemas existentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde PSF-I, do município de Jundiá,-AL: incidência de parasitoses intestinais incluindo a esquistossomose; incidência de infecções respiratórias agudas; alto índice de hipertensão arterial; doenças mentais; alcoolismo e outras drogas; e acidentes.

Dentre eles, considerando a magnitude e a possibilidade de se amenizar a situação na região, foi definido “incidência de parasitoses intestinais incluindo a esquistossomose” como o foco de intervenção.

Feito isto, partiu-se para busca de publicações que pudessem dar sustentação teórica ao assunto estudado. Neste caso, foram consultados artigos de periódicos, nacionais e internacionais, livros textos, dissertação de mestrado e publicações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Os temas utilizados para guiar o levantamento bibliográfico foram: doenças parasitárias; verminoses; esquistossomose e educação em saúde. Sendo assim, fizeram parte da Revisão Bibliográfica 23(vinte e três) publicações.

5.1 Revisão Bibliográfica

5.1.1 Contextualizando algumas parasitoses intestinais

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dos 3,5 bilhões de habitantes de áreas de risco possivelmente, 450 milhões estejam doentes. A infecção parasitária é quase sempre negligenciada os indivíduos permanecem parasitados de forma silenciosa por longos anos, o que causa sérios problemas, principalmente nas crianças, nas quais a evolução da infecção pode determinar desde quadros assintomáticos até falta de apetite, seguida por emagrecimento e

diarreia (VARGAS *et al.*, 2004; ORLANDI *et al.*, 2001).

Na clássica tríade epidemiológica das doenças parasitárias, são indispensáveis três fatores para que ocorra a infecção: as condições do hospedeiro, o parasito e o meio ambiente. Em relação ao hospedeiro os fatores predisponentes são idade, estado nutricional, fatores genéticos, culturais, comportamentais e profissionais. Para o lado do parasito, a resistência ao sistema imune do hospedeiro e os mecanismos de escape vinculados às transformações bioquímicas e imunológicas são verificadas ao longo do ciclo de cada parasito (CARNEIRO; ANTUNES, 2000).

As condições ambientais associadas aos fatores anteriores irão favorecer e definir a ocorrência de infecção e doença (CHIEFFI; AMATO NETO, 2003). A transmissão das enteroparasitoses ocorre, na maioria dos casos, por via oral passiva, vinculada a áreas cujas condições higiênicas sanitárias são precárias e à falta de tratamento adequado de água e esgoto, o que facilita a disseminação de ovos e cistos.

De acordo com alguns autores as parasitoses intestinais representam um sério problema de saúde pública, onde são consideradas como indicadores o nível socioeconômico, as condições precárias de saneamento básico e os hábitos de higiene inadequados (ALVES, 2003).

A OMS estimou, em 1987, que mais de 900 milhões de pessoas no mundo estavam parasitadas pelo *Ascaris lumbricoides*; 900 milhões por *Ancilostomídeos* e 500 milhões por *Trichuris trichiura* (OMS, 1994).

As parasitoses intestinais podem favorecer o aparecimento ou agravamento da desnutrição, através de lesão de mucosa, provocada pela *Giardia lamblia*, *Necator americanus*, *Strongyloides stercoralis*, e *coccídios*; alteração do metabolismo dos sais biliares pela *Giardia lamblia*; competição alimentar *Ascaris lumbricoides*; exsudação intestinal *Giardia lamblia*, *Strongyloides stercoralis*, *Necator americanus* e *Trichuris trichiura*; favorecimento de proliferação bacteriana *Entamoeba histolytica*; e sangramento pelo *Necator americanus*, e *Trichuris trichiura* (MOTA; PENNA; MELO, 2006).

De acordo com Melo *et al.* (2004) a maioria dos parasitos não determina quadro clínico característico, mas a história do paciente pode auxiliar o médico na elaboração da impressão diagnóstica. A identificação do parasita em fezes, sangue, tecidos e em outros líquidos do organismo auxilia, na maioria das vezes, o

diagnóstico etiológico. Ainda segundo os autores, o exame complementar mais utilizado é o parasitológico de fezes.

Deste modo, para a manutenção da saúde e prevenção de doenças, principalmente as parasitoses em uma população, faz-se necessário rever as condições de saneamento básico, regras básicas de higiene, cuidado com os alimentos e com a água, cuidados com o solo, tratamento de indivíduos acometidos com a doença e principalmente orientação a essa população, pois se sabe que os aspectos socioeconômicos e culturais estão diretamente relacionados à saúde da população (ALVES, 2003).

Segundo Alves (2003), as parasitoses mais frequentes nos humanos e na população brasileira são as seguintes:

- **Amebíase:** Parasita conhecido por *Entamoeba histolytica* (protozoário amebiano). Transmitida através da ingestão de alimentos contaminados com cistos de ameba. Os indivíduos com amebíase intestinal têm disenteria amebiana, podendo apresentar excreções com ou sem sangue; fora do intestino, o parasita penetra em outros órgãos, como os pulmões e a pele, mas atingem principalmente o fígado, ocasionando assim processos inflamatórios e necróticos. A profilaxia nesse caso é o saneamento básico adequado, com a cloração da água e programas sobre educação sanitária.
- **Ancilostomíase:** Conhecido também como Amarelão, seu parasita é o *Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus* (vermes nematelmintos). A transmissão ocorre por meio da penetração das larvas na pele humana; acarreta ao homem uma forte anemia, ressaltando que a gravidade do caso dependerá do grau de manifestação. O indivíduo acometido pela ancilostomíase apresenta palpitações cardíacas, vertigens, como também distúrbios gástricos. A prevenção para ancilostomíase é o saneamento básico juntamente com a educação sanitária, utilizar calçados, uma vez que as larvas penetram através da pele.

- **Ascaridíase:** Dentre as enteroparasitoses, a ascaridíase é a helmintíase de maior prevalência no mundo acometendo cerca de 30% da população mundial (CRUA, 2003). O seu parasita é o *Ascaris lumbricoides* (conhecido como Lombriga). A transmissão do parasita ocorre através da ingestão de água e alimentos contaminados com ovos do mesmo. Os doentes apresentam irritação brônquica, uma vez que as larvas migram para os pulmões causando processos inflamatórios desse tipo. Os vermes adultos, quando instalados no intestino do indivíduo provocam cólicas abdominais, náuseas; causa também irritação no sistema nervoso. Nesses casos é necessário o saneamento básico e a educação sanitária para que dessa forma evite-se contaminação dos ovos provenientes de coliformes fecais de indivíduos infectados.
- **Cisticercose:** Causada pela larva do parasita *Taenia solium* (Solitária). A doença pode ocorrer de duas formas: autoinfecção e heteroinfecção. A primeira é decorrente da ruptura de anéis da tênia no intestino do indivíduo, liberando assim o embrião, enquanto a segunda acontece pela ingestão de água, frutos e legumes contaminados por ovos da *Taenia solium*. Os sintomas da doença são: dores e fraqueza na musculatura e no tecido subcutâneo, podendo ocasionar a cegueira, como também epilepsia. A prevenção para evitar a contaminação nesses casos é saneamento básico adequado, associado a educação sanitária, além de consumir carne de porco bem cozida.
- **Teníase:** Conhecida também como Solitária, o seu transmissor é o parasita *Taenia saginata* e *Taenia solium*. A teníase é transmitida pela ingestão de carne bovina e suína contaminada pelas larvas de tênia. O indivíduo contaminado com o verme adulto pode apresentar bulimia, como também pode ocorrer anorexia, náuseas, vômitos, fadiga e fraqueza. A prevenção para esse tipo de doença é o saneamento básico juntamente com programas de educação sanitária. Ingerir carnes bovinas e suínas bem cozidas.

- **Enterobíase:** Causada pelo *Enterobius vermicularis* é uma parasitose cosmopolita, atingindo preferencialmente crianças, sobretudo quando em grupamentos. É comum o acometimento de vários membros da família, pois os ovos podem sobreviver vários dias no meio ambiente (BRASIL, 2006). Os vermes localizados na região anal e perianal podem causar prurido, que é o sintoma predominante, principalmente à noite, levando o paciente a um quadro de insônia e nervosismo. As fêmeas podem entrar na vagina e, subsequentemente, no útero ou nas trompas uterinas onde morrem (BRASIL, 2009). A desintegração do verme morto e a liberação dos ovos contidos no útero resultam em reação inflamatória, podendo haver a formação de granulomas em redor dos ovos neste local. A presença dos vermes nos órgãos genitais femininos pode levar à vaginite e, muito raramente, à endometrite, salpingite e ooforite (DUNCAN; SCHMIDT; GIULIANE, 2004).

5.1.2 Esquistossomose: algumas considerações

Dentre as parasitoses mais frequentes no Brasil uma vem se destacando pela sua capacidade endêmica em países da América do Sul, no Caribe, na África e na região oriental do Mediterrâneo. Essa endemia está associada à pobreza e ao baixo desenvolvimento econômico que gera a necessidade de utilização de águas naturais contaminadas para o exercício da agricultura, trabalho doméstico e/ou lazer. (GAZZINELLI *et al.*, 2002).

Conhecida popularmente como Barriga D' água, o seu parasita é o *Schistosoma mansoni* cuja transmissão ocorre através da penetração ativa das larvas eliminadas pelo caramujo de água doce pela pele do paciente. O caramujo é o hospedeiro intermediário. O doente que tiver a pele infectada pelas larvas do parasita pode apresentar urticária. A larva quando migra pelo organismo e atinge o pulmão, pode ocasionar bronquite e pneumonia. Quando o indivíduo apresenta o verme adulto, este se instala nos vasos do sistema hepático causando flebite e obstrução de vasos pequenos. Os metabólitos das larvas podem causar lesões no fígado, intestino e no baço. A profilaxia realizada nesses casos deve ser o saneamento básico, o qual é essencial e a educação sanitária indispensável para que a população se conscientize da necessidade das medidas preventivas, as quais

devem ser tomadas para evitar que a água seja contaminada com ovos do parasita (ALVES, 2003).

No Brasil, o primeiro inquérito nacional de prevalência da esquistossomose foi realizado pela Divisão de Organização Sanitária, publicado por Pellon e Teixeira em 1950 (KATZ; PEIXOTO; 2000). A área endêmica para esquistossomose, no nosso país, se encontra em expansão, abrangendo 19 estados com aproximadamente 26 milhões de habitantes expostos ao risco de infecção. Pelos órgãos públicos, a esquistossomose é uma doença de veiculação hídrica, diretamente ligada às condições de saneamento e à maneira de viver das populações situadas em áreas endêmicas. Embora exista tratamento eficiente para a esquistossomose, seu controle é complexo, exigindo a atuação de serviços de saneamento básico, educação, bem como outras medidas de cunho técnico-político (GAZZINELLI *et al.*, 2002).

Para Coura e Amaral (2004) e Carvalho; Coelho; e Lenzi (2008) *apud* Oliveira *et al.* (2008), o controle da esquistossomose é dificultado em razão de diversos fatores, tais como: a ampla difusão dos hospedeiros intermediários; a frequência do contato humano com a água em atividades de trabalho agrícola, doméstico e/ou por lazer; as dinâmicas diferentes do caramujo conforme cada foco de transmissão; a falta de água potável; as limitações do tratamento individual e em massa e à escassez de abordagens preventivas associadas às ações curativas nos serviços de educação e/ou de saúde.

5.1.3 Ações educativas no combate e na prevenção das parasitoses intestinais

A educação em saúde visa esclarecer à comunidade que a saúde resulta de vários fatores como ambiente, educação, alimentação, condições de trabalho, habitação, saneamento básico, transporte, lazer. Steiglender (2007, p.16) afirma que: “a saúde não pode ser reduzida a um conjunto de intervenções médicas que vise prevenção, cura ou reabilitação. Ela é muito mais que isso, e, sendo uma resultante da qualidade de vida, deve-se lembrar dos determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais.”

Ação educativa é o processo que tem como objetivo capacitar indivíduos e/ou grupos para assumir ou contribuir na melhoria das condições de saúde da

população. A saúde da comunidade depende essencialmente das ações oferecidas pelos serviços de saúde, do esforço da própria população, do conhecimento, da compreensão, da motivação, da reflexão crítica e da adoção de práticas de saúde. Isto só é possível com a participação conjunta da comunidade e do serviço de saúde (MADUREIRA, 2009).

As doenças causadas por parasitas, principalmente as parasitoses intestinais, são um grande problema para a saúde pública da população brasileira, uma vez que certo contingente populacional brasileiro é desfavorecido de informações sobre como se prevenir contra estas doenças (MARCONDES, 2001).

Além da falta de orientação acerca das parasitoses intestinais, a população brasileira apresenta uma diversidade nas áreas geográfica, climática, econômica e social em relação aos países desenvolvidos. Essa diversidade influencia a proliferação de doenças transmitidas por protozoários e helmintíases intestinais, como por exemplo: amebíase, ascaridíase, balantidíase, esquistossomose, enterobíase, himenolepíase, teníase, tricomoníase entre outras doenças transmitidas por parasitas (ROCHA *et al.*, 2000).

É importante ressaltar, que são necessários programas de educação em saúde para conscientizar a sociedade sobre como evitar parasitoses intestinais. Tais programas devem ser ministrados nas escolas, em unidades de saúde, pela mídia e na própria comunidade, por ocasião das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

Portanto, é preciso informar toda a sociedade acerca da necessidade de higienizar os alimentos, cuidados no preparo dos mesmos, armazenamento adequado de água e dos alimentos, além de uma boa higienização pessoal e condições sanitárias adequadas. As parasitoses intestinais são mais frequentes em crianças carentes, uma vez que algumas mães são desinformadas sobre a necessidade de boas condições sanitárias e higiene pessoal (SILVA JÚNIOR, 2007).

Para Silva Júnior (2007) as medidas tomadas acima são importantes para evitar a transmissão das parasitoses; é necessário lembrar que os casos de doenças transmitidas por parasitas são mais frequentes em comunidades com uma superpopulação e com uma baixa infraestrutura, mas tais parasitas atingem qualquer indivíduo que não tome os devidos cuidados com a saúde e higiene.

As ações de promoção e prevenção com enfoque na educação em saúde para o controle da esquistossomose devem envolver a área da educação e da saúde

e a integração entre as ações dos serviços públicos e da sociedade civil organizada. Por outro lado, a realização e a avaliação dessas ações devem levar em conta as condições ambientais da localidade e as características culturais, sociais e econômicas dos grupos populacionais, alvo das ações preventivas/educativas, segundo Oliveira *et al.* (2008).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Operacionalização

Definido o problema de saúde “incidência de parasitoses intestinais incluindo a esquistossomose”, por meio do diagnóstico situacional realizado na Unidade Básica PSF-I Jundiá-AL, conforme já apresentado, partiu-se para o desenho das operações do Plano de Intervenção, bem como resultados e produtos esperados. Vale acrescentar que, o “**nó crítico**” do problema são as condições higiênicas pessoais e do ambiente inadequadas.

Isto posto o plano de intervenção ou plano de ação visa traçar as estratégias para definir os pontos que devem ser melhorados em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Para obter as informações, utiliza-se a Estimativa Rápida como um método que contribui para a operacionalização dos princípios da equidade, da participação e da intersetorialidade, envolvendo a população na identificação de suas necessidades. Além dos atores sociais, as autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais; examinando os registros existentes nos prontuários, entrevistando líderes da comunidade e fazendo observações sobre as condições de vida dos grupos populacionais (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.2 Desenho das operações

Quadro 1: Desenho das operações para o “nó crítico” do problema: Incidência de parasitoses intestinais incluindo a esquistossomose, na área de abrangência do PSF-I, Jundiá-AL.

Nó crítico	Operações Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necesarios
<i>Condições higiênicas pessoais e do ambiente inadequadas.</i>	+ Saúde Modificar hábitos higiênicos das pessoas e das moradias.	Melhorar em um 30% a higiene pessoal e das moradias no prazo de um ano.	Programas de higienização do meio ambiente. Campanhas educativas por meio da equipe de saúde da família. Campanhas educativas na rádio comunitária da cidade. Publicidade volante.	Organizacional: Realização de palestras sobre hábitos higiênicos pessoais e do ambiente como forma de prevenir e controlar as parasitoses intestinais, principalmente a esquistossomose. Cognitivo: Informações individuais e coletivas sobre o tema, por meio de cartazes, folhetos educativos, afixados no comércio, nas escolas, e em outros espaços sociais da cidade. Divulgação das oficinas por meio de carro de som, e alto falante das igrejas. Capacitação dos profissionais de saúde responsáveis pelas atividades. Político: Garantir transporte e alimentação para os profissionais e outras pessoas encarregadas de realizar palestras e atividades de promoção da saúde nos diferentes segmentos da comunidade. Garantir espaço na rádio comunitária da cidade com apoio de

				representações políticas. Financeiro: Aquisição de ajuda financeira para confecção de folhetos educativos, cartazes, compra de material de escritório, lanches, junto aos vários segmentos da comunidade, para realização das atividades de promoção da saúde (ações educativas).
<i>Consumo de água não tratada na zona rural.</i>	Viver melhor Consumir água tratada, principalmente a população da zona rural.	Garantir consumo de água tratada, em pelo menos, 60% das comunidades rurais.	Água tratada nas comunidades rurais. Outras maneiras de tratamento da água.	Organizacional: Realização de palestras sobre importância de consumir água tratada e maneiras de fazê-lo. Organizar visitas à empresa responsável pelo saneamento básico no município. Político: Mobilização social; articulação intersetorial.
<i>Nível de informação deficiente sobre as causas das parasitoses intestinais incluindo esquistossomose.</i>	Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre parasitoses intestinais, principalmente a esquistossomose.	População mais informada acerca desse problema de saúde.	Informação da população sobre parasitoses intestinais/esquistossomose. ACS e líderes formais e informais capacitados. Palestras na unidade básica de saúde, nas escolas da área de abrangência da Unidade Básica PSF-I, e em outros espaços sociais da comunidade.	Cognitivo: Conhecimento e capacitação sobre o tema trabalhado e sobre estratégias de comunicação. Organizacional: Organizar palestras na unidade básica de saúde, nas escolas, e em outros espaços sociais da comunidade rural. Político: Organização intersetorial e mobilização social. Financeiro: Recursos necessários para confecção de cartazes, folhetos educativos, e outros materiais necessários às ações educativas; alimentação

				e transporte dos profissionais e demais pessoas envolvidas nas atividades realizadas fora da unidade de saúde.
<i>Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema.</i>	<p>Linha de Cuidado</p> <p>Implantar Linha de Cuidado para pacientes com parasitoses intestinais/esquistossomose e suas complicações.</p>	<p>Cobertura de 100% da população com risco de parasitoses intestinais/esquistossomose.</p>	<p>Linha de Cuidado para parasitoses intestinais/esquistossomose.</p> <p>Recursos humanos capacitados e habilitados.</p>	<p>Cognitivo: Elaboração de projeto de trabalho.</p> <p>Organizacional: organização da agenda de trabalho (compromisso).</p> <p>Político: Articulação intersetorial, interdisciplinar e mobilização social.</p> <p>Financeiro: Aumento da oferta de exames (sangue, fezes, urina e outros) à população como forma de melhorar o controle epidemiológico, tratar e controlar a doença.</p>

Quadro 2: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema Incidência de parasitoses intestinais incluindo a esquistossomose, Jundiá-AL.

Operação projeto	Recursos críticos
+ Saúde	<p>Político: Garantir transporte e alimentação para os profissionais e outras pessoas responsáveis por realizar as atividades de promoção (ações educativas) da saúde na comunidade rural. Conseguir espaço na rádio comunitária. Mobilização social e articulação intersetorial.</p> <p>Financeiro: Para confecção de cartazes, folhetos educativos e outros materiais necessários para as ações educativas.</p>
Viver melhor	<p>Organizacional: Organizar visitas à empresa responsável pelo saneamento básico no município.</p> <p>Político: Mobilização social; articulação intersetorial.</p>
Saber +	<p>Político: Apoio intersetorial e mobilização social.</p> <p>Financeiro: Para confecção de cartazes, folhetos educativos e outros</p>

	materiais para as ações educativas. Para alimentação e transporte das pessoas encarregadas das palestras na zona rural.
<i>Linha de Cuidado</i>	<i>Político:</i> Articulação intersetorial e mobilização social. <i>Financeiro:</i> Aumento da oferta de exames (sangue, fezes, urina e outros) à população como forma de melhorar o controle epidemiológico, tratar e controlar a doença.

Para analisar a viabilidade de um plano devem ser identificadas três variáveis fundamentais, segundo Silva (2003):

- Quais são os atores que controlam os recursos críticos das operações que compõem o plano;
- Quais recursos cada um desses atores controla;
- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos.

Para este mesmo autor, a motivação de um ator pode ser classificada como:

- Favorável;
- Indiferente;
- Contrária.

Quadro 3: Proposta de ações para motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Autor que controla	Motivação	Ações estratégicas
+ Saúde - Modificar hábitos higiênicos das pessoas e condições higiênicas das moradias. - Modificar o modo e estilo de vida das pessoas.	Político: - Garantir transporte e alimentação para as pessoas responsáveis por realizar palestras e outras atividades de promoção da saúde na comunidade rural. - Mobilização social em torno das demandas de saúde; articulação intersetorial. - Conseguir espaço na rádio comunitária para divulgação das ações educativas e informações sobre prevenção e controle das parasitoses	Equipe de Saúde ACS Técnica em Higiene e Vigilância epidemiológica do Município.	Favorável Favorável Favorável Favorável	Não serão necessárias

	<p>intestinais/esquistossomose.</p> <p>Financeiro: - Ajuda para confecção de folhetos educativos, cartazes e outros materiais necessários para realização das ações educativas.</p>			
<p>Viver melhor</p> <p>- Oferecer água tratada à população da zona rural.</p>	<p>Organizacional: - Organizar visitas à empresa de saneamento básico do município.</p> <p>Político: - Mobilização social; articulação intersetorial</p>	<p>Equipe de Saúde</p> <p>ACS</p> <p>Técnica em Higiene e Vigilância Epidemiológica do Município</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não serão necessárias</p>
<p>Saber +</p> <p>- Aumentar o nível de informação sobre parasitoses intestinais/esquistossomose.</p>	<p>Político: - Apoio intersetorial e mobilização social.</p> <p>Financeiro: - Para confecção de folhetos educativos, cartazes, e outros materiais. - Para alimentação e transporte dos profissionais de saúde e de outras pessoas responsáveis pelas ações educativas na zona rural.</p>	<p>Equipe de Saúde</p> <p>ACS</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar Plano de Intervenção</p> <p>Apoio dos setores sociais.</p>
<p>Linha de Cuidado</p> <p>- Implantar Linha de Cuidado para pessoas portadoras de parasitoses intestinais/esquistossomose e suas complicações.</p>	<p>Político: - Articulação intersetorial e mobilização social.</p> <p>Financeiro: - Aumento da oferta de exames.</p>	<p>ACS Equipe de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apoio dos setores sociais.</p>

Quadro 4 : Plano operativo

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>+ Saúde</p> <p>- Modificar hábitos higiênicos das pessoas e condições higiênicas das moradias.</p> <p>- Modificar o modo e estilo de vida das pessoas.</p>	<p>- Melhorar em 30% a higiene pessoal e das moradias no prazo de um ano.</p>	<p>- Programas de higienização do meio ambiente na comunidade rural.</p> <p>- Palestras na Unidade Básica de Saúde.</p> <p>- Campanhas educativas nas escolas, e em outros espaços sociais, divulgadas por meio da rádio comunitária e através de publicidade volante.</p>	<p>- Técnica em Higiene e Vigilância Epidemiológica.</p> <p>- Enfermeira da Atenção Básica – PSF-I.</p> <p>- Agentes Comunitários de Saúde.</p> <p>- Secretário de Saúde.</p>	<p>- Três meses para o início das atividades.</p>
<p>Viver melhor</p> <p>- Oferecer água tratada para população da zona rural.</p>	<p>- Garantir consumo de água tratada a, pelo menos, 80% das comunidades rurais.</p>	<p>- Levar água tratada às comunidades necessitadas.</p>	<p>- Prefeito do Município</p>	<p>Acompanhamento a cada três meses.</p>
<p>Saber +</p> <p>Aumentar o nível de informação sobre parasitismo intestinal e esquistossomose.</p>	<p>População mais informada sobre parasitismo intestinal e esquistossomose</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre parasitoses intestinais/esquistossomose.</p> <p>Capacitação dos ACS.</p> <p>Palestras na unidade básica de saúde, nas escolas, e em outros espaços sociais da comunidade rural.</p>	<p>- Médica Coordenadora da Atenção Básica no Município</p>	<p>Início em dois meses e término em 12 meses.</p>
<p>Linha de Cuidado</p> <p>- Implantar Linha de Cuidado para pacientes portadores de parasitoses intestinais/esquistossomose e suas complicações.</p>	<p>- Cobertura de 100 % da população com risco de parasitoses intestinais/esquistossomose e suas complicações.</p>	<p>- Recursos humanos capacitados para Linha de Cuidado.</p>	<p>Médica Coordenadora da Atenção Básica no Município.</p>	<p>Início em dois meses e término em 12 meses.</p>

6.3 Gestão do plano de intervenção

As atividades desenvolvidas no plano de intervenção serão de responsabilidade do médico que atua na equipe de saúde da família, PSF-I.

Quadro 5: Acompanhamento das operações do Plano de Intervenção pelo responsável.

Operação Saber					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
<p>- Avaliação do nível de conhecimento das pessoas acometidas por parasitoses intestinais/esquistossomose.</p> <p>- Palestras educativas.</p> <p>- Capacitação dos ACS.</p>	Médica da Unidade Básica PSF-I.	Três meses para o início das atividades.	Aplicado o instrumento de avaliação do nível de conhecimento das pessoas na comunidade acerca das parasitoses intestinais/esquistossomose.		
Operação Cuidar Melhor					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
<p>Consultas, palestras, orientações individuais, visitas domiciliares.</p>	Médica		Cumprindo a programação.		

6.4 Recursos materiais e serviços de apoio

Os agentes envolvidos nas ações serão a ESF (PSF-1) e demais profissionais que atuam na UBS. Além de recursos concedidos pela Secretaria Municipal, serão utilizados recursos próprios da unidade de saúde.

Além disso, vale ressaltar o apoio das lideranças comunitárias, na reivindicação da melhoria do saneamento básico bem como coleta de lixo, junto aos órgãos municipais responsáveis por estes serviços no município.

Consideramos importante também participação da rede de ensino, das igrejas, do comércio e de outros segmentos da sociedade na divulgação e na operacionalização das ações educativas.

6.5 Avaliação e acompanhamento do Plano de Intervenção

A avaliação das atividades do plano de intervenção será realizada por meio de acompanhamento dos pacientes com realização de exame parasitológico de fezes, e coleta e sorologia para esquistossomose anualmente; tratamento das parasitoses. Melhoria dos hábitos higiênicos pessoais e do ambiente, através de entrevistas, ações educativas, e visitas domiciliares.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças transmitidas por parasitas são gerenciadas pelos órgãos públicos, uma vez que cabe ao Governo implantar o saneamento básico na sociedade, seja na zona urbana ou rural, bem como elaborar projetos e programas sociais para que a população se conscientize da necessidade de seguir medidas de higiene.

A literatura consultada neste trabalho discorre que uma das formas para prevenção e controle das parasitoses intestinais, principalmente a esquistossomose, é por meio de saneamento básico juntamente com programas de educação sanitária voltados para população.

Pensando assim, o nosso Plano de Intervenção está focado em ações educativas, que acreditamos ser uma das formas de mudar a realidade de saúde do Município de Jundiá, Alagoas. As ações educativas organizadas de forma coletiva e em parceria com outros profissionais e segmentos da sociedade, como escolas, igrejas, associações de bairros, comércio e indústria, órgãos públicos, dentre outros, podem contribuir para mudança do panorama de saúde no município.

Sabemos de antemão que é muito difícil mudar hábitos culturais arraigados nas pessoas através dos tempos. Consideramos “**nó crítico**” de nosso problema de saúde as condições higiênicas pessoais e do ambiente inadequadas. A higiene pessoal, dos alimentos e do ambiente, tratar, filtrar e ferver a água para consumo, lavar as mãos antes das refeições, após o uso do sanitário e destino adequado do lixo, são medidas simples e eficazes na prevenção e controle das parasitoses intestinais. No entanto, estes hábitos, só serão possíveis através da conscientização das pessoas. Mudar comportamento envolve vontade, desejo, persistência e exemplo.

Podemos destacar aqui a Escola, enquanto espaço social, nossa grande aliada na promoção e prevenção em saúde. Ao trabalharmos com os alunos acerca de medidas para controle das parasitoses intestinais, evidenciando a esquistossomose, podemos nos aproximar mais das famílias. Os alunos são nossos protagonistas na reprodução de informações e do conhecimento e na formação de opiniões. São modelos para a família e toda comunidade.

Não podemos deixar de pontuar também o papel importante dos Agentes Comunitários de Saúde, por nos trazerem as informações dos contextos das famílias

e da comunidade e, juntos, pensarmos alguma forma de ajudá-las, com orientações de saúde, estimulando o autocuidado e o exercício da cidadania. A busca por melhores condições de sobrevivência e de saúde é um direito de todos.

Assim, este Plano de Intervenção focado na prevenção e no controle da esquistossomose no Município de Jundiá torna-se um grande desafio para nós profissionais de saúde, e pode apresentar algumas limitações, considerando a diversidade de fatores que contribuem para disseminação da doença e os entraves naturais, culturais, sociais e políticos que dificultam seu controle e tratamento. Porém, pensamos que a educação em saúde envolvendo a população e a articulação com as políticas públicas sinaliza algumas mudanças no quadro sanitário do município em relação às parasitoses intestinais e, em especial, a esquistossomose.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. R. *et al.* Parasitoses intestinais em regiões semi-áridas do nordeste do Brasil: resultados preliminares distintos das prevalências esperadas. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.19, n.2, p.667-70, 2003.
- AMARANTE, A. F. T. Controle das endoparasitoses dos ovinos. *In*: SOCIEDADE BRASILEIRA DE ZOOTECNIA. **A produção animal na visão dos brasileiros**. Piracicaba: FEALQ, 2001, p.461-473.
- BASSO, R. M. C. *et al.* Evolução da prevalência de parasitoses intestinais em escolares em Caxias do Sul. **Rev. Soc. Brasil. Med. Tropical**, v.41, n.3, p.62-66, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de saneamento**. Publicações Técnicas e Científicas. Brasília: MS/FNS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. **Verminoses**. Série Cadernos de Atenção Básica. Brasília: MS/FNS, 2009.
- BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD. **Índice de desenvolvimento humano – IDH**. Atlas, 2013.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P. S.; SANTOS, A. M. Elaboração do plano de ação. *In*: CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. Ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.
- CAÑETE, R. *et al.* Parasitosis intestinales en niños asistentes a centros educacionales del municipio San Juan y Martínez. **Boletín Medicina General Integral**, v.8, n.3, p.8, 2004.
- CARNEIRO M; ANTUNES, C. M. F. Epidemiologia: introdução e conceitos. *In*: NEVES, D. P. *et al.* (org.). **Parasitologia humana**. 10 .ed. São Paulo: Atheneu, 2000.
- CARVALHO, O. S; COELHO, P. M. Z; LENZI, H. L (org.). *Schistosoma mansoni* & esquistossomose, uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro, Brasil. FIOCRUZ, 2008, 1124 p.
- CASTRO, J; YOVERA, J; NÚÑEZ, F. Control de calidad del diagnóstico coproparasitológico en centros de salud de Lima y Callao. **Rev. Peruana Epidemiologia**, v.8, n.2, p.18-22, 2004.
- CHIEFFI, P. P; AMATO NETO, V. Vermes, verminoses e saúde pública. **Ciências Cultura**, São Paulo, v.55, n.1, s/p, jan/mar, 2003.

COURA, J. R; AMARAL, R. S. **Epidemiological and control aspects of Schistosomiasis**. *In*: Brazilian Endemic Áreas. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, v. 99 (suppl. I), p.13-19, 2004.

CRUA, A. S. Parasitoses intestinais. *In*: FERREIRA C. T.; CARVALHO, E.; SILVA, L. R. **Gastroenterologia e hepatologia em pediatria: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I; GIULIANE, E. R. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseado em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* A interdição da doença: uma construção cultural da esquistossomose em área endêmica, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1629-38, Nov/dez, 2002.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Dados do Município Jundiá, Alagoas**, 2013.

JAMISON, D.T, BREMAN, J.G, MEASHAM, A.R, ALLEYNE, G, CLAESON, M, EVANS, D.B, JHA, P, MILLS, A., MUSGROVE, P. **Helminth infections**: soil-transmitted helminth infections and Schistosomiasis. Disease control priorities in developing countries, New York, USA: Oxford University Press, 2006. p. 467-482.

JUNDIÁ. Secretaria Municipal. **Dados do município – SIAB**. Jundiá, Alagoas, 2013.

JUNDIÁ. Secretaria Municipal. **Dados do município – DAB/DATASUS**. Jundiá, Alagoas, 2014.

KATZ, N; PEIXOTO, S. V. Análise crítica da estimativa do número de portadores de esquistossomose mansoni no Brasil. **Rev. Soc. Brasil. Medicina Tropical**, Uberaba, v.33, n.3, p.303-308, 2000.

MADUREIRA, M. D. S. A ação educativa em saúde. *In*: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Escola de Enfermagem. **Curso de Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**. Unidade 4, 2009.

MARCONDES, C. B. Ocorrência de transmissão autóctone de Leishmaniose Visceral em Mato Grosso. **Rev. Soc. Bras. Medicina Tropical**. Uberaba, v.39, n.4, PÁGINA? jul/ago, 2001.

MELO, M. C. *et al.* Parasitoses Intestinais. **Rev. Med. Minas Gerais**. Minas Gerais, n.14, n.1. Supl.1, p.3-12, 2004.

MOTA, J. A. C; PENNA, F. J.; MELO, M. C. B. Parasitoses intestinais. *In*: LEÃO E.; CORRÊA, E. J; VIANA, M. B. **Saúde & Ambiente em Revista**, Duque de Caxias, v.1, n.2, p.18-25, jul-dez 2006.

OLIVEIRA, T. F.; SOARES, M. S.; CUNHA, R. A.; JONATHAN, S. S. Educação e controle da esquistossomose em Sumidouro (RJ, Brasil): avaliação de um jogo no contexto escolar. **Rev. Brasil. Pesq. Educ. Ciências**, v.8, n.3, s/p, 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. **Medios auxiliares para el diagnóstico de las parasitosis intestinales.** Catalogación por la Biblioteca de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1994.

ORLANDI, P. P. *et al.* **Enteropathogens associated with diarrheal disease in infants of poor urban of Porto Velho, Rondônia:** a Preliminary Study. Mem Inst Oswaldo Cruz, 2001.

ROCHA, R. S. *et al.* Avaliação da esquistossomose e de outras parasitoses intestinais, em escolares do município de Bambuí, Minas Gerais. **Rev. Soc. Bras. Medicina Tropical.** Uberaba, v.33, n.5, p.431-436, 2000.

SILVA JUNIOR, E. A. Manual **de controle higiênico-sanitário em serviços de alimentação.** 6.ed. São Paulo: Varela, 2007.

SILVA, C. L. M. Organização política e ambiente natural: perspectivas institucionais e estratégicas. **Rev. Administração Contemporânea,** Curitiba, v.7, n.2, abr./jun.2003.

STEIGLEDER, H. L. **As necessidades do cliente com hanseníase ao buscar a educação em saúde: uma abordagem compreensiva para atuação do enfermeiro.** 2007. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal do Rio de Janeiro.

VARGAS M. *et al.* Etiology of diarrhea in children less than five years of age in Ifakara, Tanzania. Am j Trop Med Hyg. **Rockville Pike,** v.70, n.5, p.536-539, 2004.