

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

REYNIDES CANTILLO LEYVA

**CONTROLE E PREVENÇÃO DO PARASITISMO INTESTINAL NO MUNICÍPIO DE
GUIRICEMA, MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

2016

REYNIDES CANTILLO LEYVA

**CONTROLE E PREVENÇÃO DO PARASITISMO INTESTINAL NO MUNICÍPIO DE
GUIRICEMA, MINAS GERAIS**

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

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

2016

REYNIDES CANTILLO LEYVA

**CONTROLE E PREVENÇÃO DO PARASITISMO INTESTINAL NO MUNICÍPIO DE
GUIRICEMA, MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Anézia Moreira Faria Madeira (Orientadora - UFMG)

Prof(a).

Aprovado em Belo Horizonte, em: ____/____/____

Dedico este trabalho:

Primeiramente a Deus por ter imbuído em mim valores humanos essenciais para enfrentar qualquer tarefa para o bem-estar da humanidade. Valeu a pena todo esforço, todo sofrimento, principalmente por ter ficado longe de minha família.

Em segundo lugar à minha mãe, que sempre me incentivou a seguir em frente, independente dos obstáculos encontrados em minha vida.

AGRADEÇO

A minha orientadora Profa. Anézia M. F. Madeira pelo apoio, paciência, ajuda, incentivo e dedicação para ajudar-me a concluir este trabalho.

Serei sempre grata!

RESUMO

Trata-se de um plano de ação que teve como objetivo controlar e prevenir o parasitismo intestinal no Município de Guiricema, Minas Gerais. Esta intervenção se justifica pela alta incidência de parasitismo intestinal na população. Em um período histórico de seis meses seguidos, janeiro a junho de 2015, identificou-se 1224 casos, do total de 4393 consultas médicas realizadas no período. Ou seja, 28% do total das consultas médicas. Os nós críticos para este problema são: higiene pessoal e nas moradias deficiente; presença de vetores e roedores nas casas; consumo de água não tratada; esgotos não tratados; nível de informação deficiente sobre parasitismo intestinal; e processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema. O tema fundamentou-se em artigos de periódicos, publicações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, livros textos, dentre outros. As estratégias para enfrentamento do problema serão: realização de palestras educativas em unidades de saúde, escolas e espaços da comunidade; implantação da Linha do Cuidado voltada para a doença; realização de visitas domiciliares; e capacitação em serviço. Acredita-se que o envolvimento dos profissionais de saúde em parceria com segmentos da comunidade, principalmente as escolas, constituem um caminho para controle e prevenção das parasitoses intestinais.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Parasitárias; Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This is an action plan aimed to control and prevent intestinal parasitism in the Guiricema city, Minas Gerais. This intervention is justified by the high incidence of intestinal parasitism in the population. In a historical period of six consecutive months, from January to June 2015, was identified 1224 cases of the total of 4393 medical consultations in the period, that is, 28% of all medical consultations. Nodes critical to this problem are: personal and in poor housing hygiene; presence of vectors and rodents in homes; untreated water consumption; untreated sewage; level of misinformation on intestinal parasitism; and working process of the health team of inappropriate family to face the problem. The theme was based on journal articles, publications provided by the Ministry of Health, textbooks, among others. Strategies to deal with the problem will be: realization of educational lectures on health facilities, schools and community spaces; lineimplementation of targeted care for the disease; conducting home visits; and in-service training. It is believed that the involvement of health professionals in partnership with community segments, particularly schools, are a way to control and prevention of intestinal parasites.

KEYWORDS: Parasitic Diseases; Health Education; Primary Health Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	JUSTIFICATIVA.....	22
3	OBJETIVO.....	24
4	METODOLOGIA.....	25
5	PLANO DE AÇÃO.....	30
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
	REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

Os parasitos intestinais representam um segmento considerável de doenças infecciosas e parasitárias em todo o mundo, cuja prevalência pode variar dependendo das características de cada região. Estima-se que mais de dois bilhões de pessoas estão infectados com algum tipo de verme ou parasito e que 60% dessas infecções possam ser responsáveis por deficiências nutricionais, principalmente carência de ferro e de vitaminas. Além disso, dois terços da mortalidade mundial tem relação com doenças de veiculação hídrica, como as parasitoses intestinais (TEIXEIRA; HELLER, 2004 *apud* GOMEZ, 2014).

No Brasil, as parasitoses intestinais são mais comuns em áreas rurais e acometem todas as idades. A migração da população do campo para cidade, em busca de trabalho e melhores condições de vida favorece criação de bairros/aglomerados na periferia com condições higiênicas inadequadas e ausência de saneamento básico, semelhantes às zonas rurais. Da mesma forma, espera-se que o aumento do número de pessoas parasitadas também ocorra nas regiões onde o aumento populacional não foi acompanhado por rápido processo de urbanização (UCHÔA *et al.*, 2009).

Os parasitas intestinais, além de provocarem agressões diretas ao ser humano, interferem no estado nutricional e no crescimento dos indivíduos, uma vez que tem sido detectada tanto a coexistência do parasitismo com deficiências nutricionais como a influência de um sobre o outro (UCHÔA *et al.*, 2009).

A infecção parasitária é quase sempre negligenciada. Os indivíduos permanecem assintomáticos por longos anos, o que causa sérios problemas, principalmente em crianças, nas quais a evolução da infecção pode levar à perda do apetite, dor abdominal, emagrecimento, além de complicações graves como diarreia intensa, disenteria, obstrução intestinal, prolapso retal e anemia (UCHÔA *et al.*, 2009).

A transmissão ocorre, na maioria dos casos, por via oral passiva, vinculada a áreas cujas condições higiênico-sanitárias são precárias e à falta de tratamento adequado de água e esgoto, o que facilita a disseminação de ovos e cistos. Muitas vezes a transmissão é facilitada pelo aumento do contato interpessoal propiciado

pelos ambientes coletivos, principalmente creches e escolas (PÉREZ, 2007.; UCHÔA *et al.*, 2009).

A experiência do autor deste trabalho no Centro de Saúde de Guiricema, Minas Gerais há cerca de oito meses, como médico da Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilitou identificar juntamente com os demais membros da equipe por meio do diagnóstico situacional, os problemas de saúde do município. Assim, parasitismo intestinal, hipertensão arterial e diabetes mellitus foram os principais problemas. Selecionou-se Parasitismo Intestinal, por sua importância, urgência e possibilidade de enfrentamento, por meio de um Plano de Ação.

Parasitismo intestinal é doença recorrente em nossas consultas diárias, independentemente da idade. Os usuários solicitam consulta porque se sentem pálidos, apresentam diminuição do apetite, ou porque, de acordo com a crença popular, devem tomar remédio anualmente, por isso precisam da receita médica. As condições de moradia, maus hábitos de alimentação e de higiene, além da falta de controle da doença por meio de exames de fezes periódicos, são fatores que contribuem para presença das parasitoses intestinais no município.

Neste sentido questionamos: o que fazer para diminuir o parasitismo intestinal no município de Guiricema? Acreditamos que um plano de ação com participação dos segmentos da sociedade, por exemplo, as escolas, pode ser um dos caminhos para prevenção e controle da doença.

1.1 Descrição do município

1.1.1 Aspectos ambientais

O Município de Guiricema encontra-se localizado na Zona da Mata Mineira, sendo a Mata Atlântica uma das principais características vegetais desta região. Considerando ser uma floresta pluvial ao longo da costa brasileira, por representar uma grande biodiversidade em espécies vegetais e animais, serviu de inspiração para o nome da região. Na atualidade, é um dos ecossistemas mais ameaçados do planeta devido exploração não coordenada e sustentada desse bioma. Sua área de vegetação em Minas Gerais, que era de aproximadamente de 38%, hoje apresenta 3% da cobertura original. Na Serra do Brigadeiro encontra-se a maior área contínua de floresta primária, em torno de 1300 ha de matas (GUIRICEMA, 2005).

Na Mata Atlântica existem cerca de 10.000 espécies botânicas; 53% de formas arbóreas e 64% de palmeiras nativas. A diversidade faunística é muito expressiva, tendo sido catalogadas aproximadamente 940 espécies de aves e 260 espécies de mamíferos, contribuindo assim para aumento dos níveis de endemismo para anfíbios. As principais características das formações vegetais encontradas na Mata Atlântica do Estado de Minas Gerais são árvores perenifólias, semicaducifólias, epífitas e ombrófilas densas. A exploração da mata decorrente da colonização e o emprego posterior de tecnologias ultrapassadas visando lucros acarretaram degradação de seus recursos naturais. O uso inconsequente de agroquímicos sem acompanhamento de técnicos credenciados; poluição dos mananciais hídricos; desmatamento sem acompanhamento técnico; preparo do solo incorreto; e as queimas de forma indiscriminadas, foram os grandes responsáveis por esta degradação. Estes fatores, conseqüentemente, levaram à erosão, perda de fertilidade e, principalmente, assoreamento dos rios, lagos e nascentes da região (GUIRICEMA, 2005).

Em relação ao relevo de Guiricema 8% é plano; 77% ondulado e 15% montanhoso. Sobre sua rede hidrográfica, o município é banhado pelo Rio Bagres; ribeirões Crindiúbas e Valão, e pelos córregos: Preto, das Marinhas, Santo Antônio, Serrote, Santana, Indaiá, da Mata e Aldeia. Todos pertencentes à Bacia do Rio Paraíba do Sul. Sua reserva mineral é o alumínio (GUIRICEMA, 2005).

1.1.2 Aspectos históricos

Os primeiros habitantes de Guiricema foram os Índios Puris, que sofrendo oposição e ataques dos Croatos e Cropós, se dirigiram para as florestas do leste e ocuparam as planícies e a bacia do Rio Bagres. Nos fins do século XVIII eram concedidas as primeiras Cartas de Sesmaria para a região dos Bagres, ocorrendo, assim, ao que se deduz o início da ocupação e desbravamento do lugar. Entretanto, Guiricema foi fundada por volta de 1806, quando o furriel José Lucas Pereira dos Santos, de origem portuguesa, transitando pela região, decidiu nela instalar-se com seus familiares e escravos, tal as condições favoráveis da terra; sendo então construída a sede de uma grande fazenda. Outras pessoas, vindas também de Portugal, foram se fixando aos arredores da fazenda, alguns a convite do próprio furriel, constituindo os povoados (IBGE, 2014).

1.1.3 Aspectos demográficos

O Quadro 1 apresenta a distribuição da população de Guiricema, por faixa etária e sexo.

Quadro 1: Distribuição da população segundo faixa etária e sexo, Guiricema, MG, 2014.

Faixa etária	Masculino	Femenino	Número de pessoas
<1	19	26	45
1 a 4	167	169	336
5 a 6	84	99	183
7 a 9	143	152	295
10 a 14	294	306	600
15 a 19	356	315	671
20 a 39	1249	1236	2485
40 a 49	624	570	1194
50 a 59	589	570	1159
>60	862	859	1721
Total	4387	4302	8689

Fonte: SIAB/SMS, GUIRICEMA, 2014.

Observa-se no quadro acima maior número de pessoas do sexo masculino, 4387 (50.5%), e predomínio de pessoas na faixa etária de 20 a 39 anos (2485 – 28,6%), de ambos os sexos. Estes dados indicam grande potencial da população para o trabalho, por sua vez, melhoria da economia do município.

O Quadro 2 mostra a distribuição da população por idade e zona de residência no município.

Quadro 2: Distribuição da população por idade e zona de residência, Guiricema, MG, 2014.

Faixa Etária	> 1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	+ 60	Total
Urbana	28	129	70	110	236	243	962	465	415	556	3214
Rural	17	207	113	185	364	428	1523	729	744	1165	5475
Total	45	336	183	295	600	671	2485	1194	1159	1721	8689

Fonte: SIAB, GUIRICEMA, 2014.

Observamos no Quadro 2, que a maior parte da população de Guiricema concentra-se na Zona Rural, 5475 (63%) habitantes, predominando a faixa etária de 20 a 49 anos (2252 – 26%). Estes dados nos chama atenção, tendo em vista que a zona rural nem sempre oferece mão de obra qualificada, o que, por sua vez, pode provocar migração das pessoas para a zona urbana e também para outros municípios maiores com oportunidades de trabalho, além de possibilidade de estudo.

1.1.4 Aspectos socioeconômicos

A atividade agropecuária é a principal fonte de recursos da população local, além da pesca e da produção do mel de abelha; os principais produtos de origem vegetal concentram-se na plantação de legumes e tubérculos.

- Indicadores

Ranking IDHM 2010	Município	IDHM 2010	IDHM Renda 2010	IDHM Longevidade 2010	IDHM Educação 2010
2573 ^o	Guiricema (MG)	0,674	0,654	0,812	0,576

Fonte: Brasil (2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Guiricema foi 0,576, em 2010. O município está situado na faixa de IDHM baixo, entre 0,5 e 0,599. Entre 2005 e 2013, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 1,1%) (BRASIL, 2013).

A seguir apresentamos dados segundo o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB (2014), do Brasil, correspondentes ao período de 2005 a 2013, e as metas para 2021, anos iniciais e finais do ensino fundamental e ensino médio, de acordo com a dependência administrativa (BRASIL, 2014). Além do IDEB de Guiricema, correspondente ao ensino médio, no período e nas projeções citadas acima (BA).

Anos Iniciais do Ensino Fundamental

	IDEB Observado					Metas				
	2005	2007	2009	2011	2013	2007	2009	2011	2013	2021
Total	3.8	4.2	4.6	5.0	5.2	3.9	4.2	4.6	4.9	6.0
Dependência Administrativa										
Estadual	3.9	4.3	4.9	5.1	5.4	4.0	4.3	4.7	5.0	6.1
Municipal	3.4	4.0	4.4	4.7	4.9	3.5	3.8	4.2	4.5	5.7
Privada	5.9	6.0	6.4	6.5	6.7	6.0	6.3	6.6	6.8	7.5
Pública	3.6	4.0	4.4	4.7	4.9	3.6	4.0	4.4	4.7	5.8

Anos Finais do Ensino Fundamental

	IDEB Observado					Metas				
	2005	2007	2009	2011	2013	2007	2009	2011	2013	2021
Total	3.5	3.8	4.0	4.1	4.2	3.5	3.7	3.9	4.4	5.5
Dependência Administrativa										
Estadual	3.3	3.6	3.8	3.9	4.0	3.3	3.5	3.8	4.2	5.3
Municipal	3.1	3.4	3.6	3.8	3.8	3.1	3.3	3.5	3.9	5.1
Privada	5.8	5.8	5.9	6.0	5.9	5.8	6.0	6.2	6.5	7.3
Pública	3.2	3.5	3.7	3.9	4.0	3.3	3.4	3.7	4.1	5.2

Ensino Médio

	IDEB Observado					Metas				
	2005	2007	2009	2011	2013	2007	2009	2011	2013	2021
Total	3.4	3.5	3.6	3.7	3.7	3.4	3.5	3.7	3.9	5.2
Dependência Administrativa										
Estadual	3.0	3.2	3.4	3.4	3.4	3.1	3.2	3.3	3.6	4.9
Privada	5.6	5.6	5.6	5.7	5.4	5.6	5.7	5.8	6.0	7.0
Pública	3.1	3.2	3.4	3.4	3.4	3.1	3.2	3.4	3.6	4.9

Ensino Fundamental anos Inicias

	IDEB Observado				Metas					
	2007	2009	2011	2013	2009	2011	2013	2015	2017	2019
	Guiricema Rede Municipal	5.5	6.4	6.4	7.3	5.7	6.0	6.2	6.4	6.6

Ao analisarmos os dados acima, verificamos que além do município de Guiricema cumprir as metas traçadas, também houve um aumento significativo do IDEB ano a ano, favorecendo assim assimilação do conhecimento pelos indivíduos com relação às medidas de controle e prevenção das parasitoses intestinais.

A seguir, apresentamos o Quadro 3 com a proporção de moradores abaixo da linha da pobreza, no Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2002/2003.

Quadro 3:Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza, Brasil.

Incidência de pobreza	29,06%
Incidência de pobreza subjetiva	31,30%
Índice de Gini	0,41
Limite inferior de incidência da pobreza subjetiva	27,65%
Limite inferior de incidência de pobreza	22,49%
Limite inferior do Índice de Gini	0,38
Limite superior de incidência de pobreza	35,64%
Limite superior do Índice de Gini	0,44
Limite superior incidência de pobreza subjetiva	34,94%

Fonte: IBGE (2003)

Este índice caracteriza a realidade das famílias guiricemenses, as quais, em sua maioria, são de baixa renda, situando-se no “Limite superior Incidência da Pobreza Subjetiva (34,94%)”, sobrevivendo apenas com recursos do governo federal, por meio dos programas de transferência de renda, por exemplo, Bolsa Família.

1.1.5 Aspectos do saneamento básico, lixo, luz elétrica

Em relação à água, 1595 (53,74%) estabelecimentos são beneficiados pela rede pública; 1333 (44,91%) utilizam poços ou nascentes; outros meios, 40 (1,35%); 2262 (76,21%) das famílias utilizam água filtrada; 566 (19,07%) tratam a água com cloro e 13 (0,44%) fervem a água; 127 (4,28%) não utilizam nenhum tratamento. Sobre o escoamento sanitário, 28,68% dos estabelecimentos possuem esgoto canalizado pela rede pública, porém o destino final dos dejetos é no rio que banha a região, ou seja, não existe tratamento de esgoto na cidade. Em algumas residências, onde não existe canalização, o esgoto é céu aberto ou escoado para o rio. A coleta de lixo é realizada diariamente; 100% da população possui energia elétrica (SIAB, GUIRICEMA, 2014).

1.1.6 Aspectos da educação

A proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos de estudos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação.

No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 77,42% e no de período 1991 e 2000, 767,85%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 502,85% entre 2000 e 2010 e 87,45% entre 1991 e 2000. A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 323,79% no período de 2000 a 2010 e 35,34% no período de 1991 a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 118,67% entre 2000 e 2010 e 81,95% entre 1991 e 2000 (BRASIL, 2014).

Em 2010, 48,0% dos alunos entre 6 e 14 anos de Guiricema estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade. Em 2000 eram 15,87% e, em 1991, 6,58%. Entre os jovens de 15 a 17 anos, 8,07% estavam cursando o ensino médio regular sem atraso. Em 2000 eram 2,08% e, em 1991, 0,00%. Entre os alunos de 18 a 24 anos, 4,83% estavam cursando o ensino superior em 2010, 2,04% em 2000 e 0,00% em 1991. Nota-se que, em 2010, 3,21% das crianças de 6 a 14 anos não freqüentavam a escola, percentual que, entre os jovens de 15 a 17 anos atingia 9,68% (BRASIL, 2014).

A escolaridade da população adulta é importante indicador de acesso ao conhecimento e também compõe o IDHM Educação. Em 2010, 25,37% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 13,85% o ensino médio. Em Guiricema, 40,57% e 26,34% respectivamente. Esse indicador retrata certa inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 37,96% nas últimas duas décadas no Brasil (BRASIL, 2014).

1.1.7 Recursos da comunidade

A cidade conta com duas agências bancárias, serviço de correios, duas estações de rádio, um jornal, uma biblioteca pública, telefonia móvel e fixa, três igrejas católicas localizadas no centro da cidade e outras 10 nas comunidades, e seis igrejas evangélicas; escolas públicas e privada e comércio em geral.

1.1.8 Recursos de saúde

Em relação à saúde, o município de Guiricema não possui hospital; conta com uma unidade básica de saúde (UBS) composta por psicóloga, dentista, nutricionista; um centro de saúde e Secretaria de Saúde onde são agendadas consultas com especialistas da atenção secundária e terciária.

Os hospitais de referência do município são: Hospital São João Batista; Casa de Saúde Santa Rosa (Visconde do Rio Branco); Hospital Santa Isabel e Hospital São Vicente de Paula (Ubá); Fundação Cristiano Varella e Prontocor (Muriaé). As consultas de alta complexidade são realizadas nas cidades de Juiz de Fora e Belo Horizonte. Não existe contra referência dos encaminhamentos. As gestantes são encaminhadas à maternidade do Hospital São João Batista e a do Hospital São Vicente de Paula (Ubá).

O município possui apenas três equipes de saúde da família (ESF), para atender as zonas urbana e rural. Cada equipe é composta por um dentista, um médico, um enfermeiro; um técnico de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS).

Nos postos de saúde da zona rural há atendimento médico e as técnicas de enfermagem atendem e orientam os pacientes na medida do possível. No caso de encaminhamentos, os pacientes são levados em ambulância ou em carros

particulares para as instituições de referência. Muitas vezes precisam ser buscados em suas casas.

No Centro de Saúde de Guiricema são realizadas consultas clínicas (médico e enfermeira), acolhimento (atendimento de casos agudos), exame preventivo, atendimento odontológico, visita domiciliar, eletrocardiograma, planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças; imunização, teste do pezinho e grupos operativos.

Contamos, também, com dois laboratórios de exames; uma equipe do NASF composta por assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, e psicólogo. Além disso, o município conta com as especialidades: psicologia, nutrição, pediatria, ginecologia e fisioterapia. Exames, como ultrassonografia, raio x, tomografia, ressonância magnética, mamografia e interconsultas com outras especialidades são realizados no Hospital São João Batista e Casa de Saúde Santa Rosa (Visconde do Rio Branco).

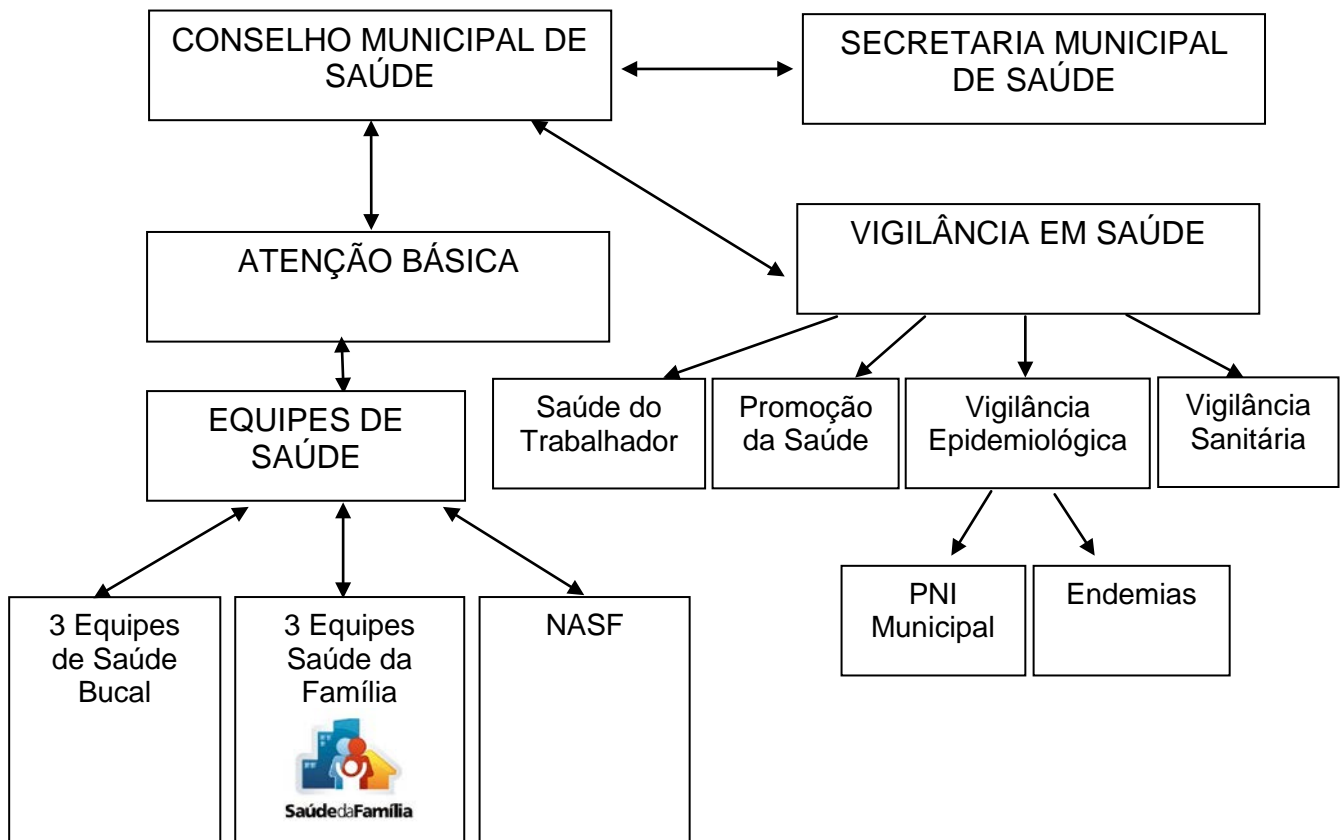
Os recursos humanos em saúde abrangem sete médicos; 21 ACS, três enfermeiros, sendo esses responsáveis por cada Equipe de Saúde da Família; quatro dentistas; quatro auxiliares de consultório dentário e uma enfermeira responsável técnica (RT). A carga horária semanal são 40 horas, sendo oito horas de trabalho por dia. As atividades iniciam às 7:00 e encerram às 16:00.

1.1.8.1 Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde é composto por presidente, vice-presidente, secretário, representantes da saúde e trabalhadores. As reuniões ocorrem uma vez a cada mês, e obedece a proporcionalidade de participação conforme regimento.

A seguir apresentamos o organograma do Conselho Municipal de Saúde de Guiricema, com sua composição.

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



Fonte: Criação do autor.

1.1.8.2 Transferências fundo a fundo – Ministério da Saúde

O Quadro 4 mostra os recursos repassados pelo Ministério da Saúde ao município de Guiricema, através do Fundo Nacional de Saúde, no período de janeiro a dezembro de 2014.

Quadro 4: Valores repassados pelo Ministério da Saúde ao município de Guicirema, Fundo a Fundo, por setor, 2014.

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Total Geral:	88.852,67	99.118,27	88.932,27	461.969,73	98.532,27	113.981,87	87.062,67	110.224,11	83.352,67	91.752,67	42.300,91	0,00	1.366.080,11
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	0,00	3.449,60	3.449,60	3.449,60	7.449,60	6.899,20	2.000,00	8.981,44	1.000,00	0,00	17.178,24	0,00	53.857,28
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	0,00	55.000,00
ATENÇÃO BÁSICA	83.852,67	90.668,67	80.482,67	453.520,13	86.082,67	102.082,67	80.062,67	96.242,67	77.352,67	86.752,67	20.122,67	0,00	1.257.222,83

Fonte: BRASIL, MS, Fundo Nacional de Saúde - FNS (2014).

A Secretaria Municipal de Saúde tem basicamente três fontes de receita: a primeira é proveniente do orçamento do município – recurso próprio; a segunda é proveniente do Tesouro Estadual, com projetos / programas específicos, e, a terceira, é proveniente de recursos recebidos do SUS (Governo Federal) - Fundo a Fundo; e de projetos específicos aprovados pelo Ministério da Saúde e/ou FUNASA. (GUIRICEMA, 2014).

1.1.8.3 Aspectos epidemiológicos

O Quadro 5 apresenta as principais doenças que acometem a população do município, segundo faixa etária.

Quadro 5: Principais doenças crônicas não transmissíveis que acometem a população segundo faixa etária, Guicirema, MG, 2014.

Faixa Etária (anos)	Alcool.	D. chagas	D. psiq.	Diab.	Epileps.	Hipert.	Tuber.	Hansen.
0 a 14	0	0	1	4	1	0	0	0
> 14 e +	40	0	40	226	45	1513	0	0
Total	40	0	41	230	46	1513	0	0

Fonte: SIAB, Guicirema, 2014.

As principais causas de óbitos no ano de 2014, segundo levantamento realizado a partir dos dados das declarações de óbitos (DO's) foram: pneumonias, IAM e acidentes de trânsito. A taxa de mortalidade infantil foi de -1/1000 nascidos vivos. A cobertura vacinal da população de menores de cinco anos foi de 100%.

1.1.8.4 Unidade básica de saúde de Guiricema

A UBS de Guiricema (local de atuação do autor deste trabalho) é de fácil acesso e possui infraestrutura adequada para atendimento dos usuários. A unidade funciona 24 horas, em horário ininterrupto. Realiza as seguintes atividades: planejamento familiar; pré-natal; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças; imunização; teste do pezinho; consulta médica; de enfermagem e odontológica; dispensação de medicamentos; visitas domiciliares; atendimentos de emergência (primeiros socorros), grupos operativos, dentre outros.

Conta com os seguintes recursos humanos: três médicos da Estratégia Saúde da Família, um anestesista; um ginecologista; um pediatra; três médicos de clínica médica; um médico de apoio ao Programa Mais Médicos (PMM); três enfermeiros; vinte e um agentes comunitários de saúde (ACS); dez técnicas de enfermagem; quatro dentistas; quatro auxiliares de consultório dentário (ACD); quatro agentes administrativos; três auxiliares de serviços gerais e 10 motoristas. Por sua vez, a Farmácia de Minas conta com um farmacêutico; um atendente de farmácia e um auxiliar de serviços gerais. Horário de funcionamento: 7:00 às 17:00.

2 JUSTIFICATIVA

Este Plano de Ação se justifica pela alta incidência de parasitismo intestinal no município de Guiricema. Em um período histórico de seis meses seguidos, janeiro a junho de 2015, nos foi possível identificar 1224 casos, do total de 4393 consultas médicas realizadas no período. Ou seja, 28% do total das consultas médicas (Quadro 6).

Quadro 6:Total de consultas médicas x diagnóstico de parasitoses intestinais, janeiro a junho de 2015, Guiricema, MG.

MESES/2015	TOTAL DE CONSULTAS	DIAGNÓSTICO PARASITISMO INTESTINAL	%
JANEIRO	800	237	30
FEVEREIRO	786	227	29
MARÇO	724	183	25
ABRIL	721	217	30
MAIO	781	197	25
JUNHO	581	163	28
Total	4393	1224	28

Fonte: Registros consultas médicas, UBS, Guiricema, 2015.

O parasitismo intestinal é um problema complexo e acredita-se ter dificuldades para seu enfrentamento, visto que só é possível identificar alguns fatores que o determinam; enquanto não se manifestam os sinais e sintomas da doença as pessoas convivem com ela naturalmente. Para enfrentar esta doença é necessário resolver os problemas intermediários (cultura, infraestrutura, condições de higiene, saneamento básico dentre outros) que interferem no controle e na prevenção das parasitoses e são determinantes para o resultado final, ou seja, a doença com suas manifestações.

Considerando o fato acima e cientes das possibilidades de recursos disponíveis no município acreditamos que seja possível um Plano de Ação visando controlar e prevenir as parasitoses intestinais no município.

3 OBJETIVO

Propor um plano de ação visando controlar e prevenir o parasitismo intestinal no Município de Guiricema, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Na realização do plano de ação foi utilizado inicialmente o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), trabalhado na Disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais. Foi realizado o diagnóstico situacional por meio da estratégia Estimativa Rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) no município de Guiricema, Minas Gerais.

Por meio do diagnóstico situacional da região foram identificados os principais problemas de saúde: hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e parasitismo intestinal. Optou-se por intervir no parasitismo intestinal considerando possibilidade de um plano de ação. Os nós críticos para este problema são: higiene pessoal e nas moradias deficiente; presença de vetores e roedores nas casas; consumo de água não tratada; esgotos não tratados; nível de informação deficiente sobre parasitismo intestinal; processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema.

Para o Parasitismo Intestinal foram incluídos os pacientes que tinham resultado de exame parasitológico de fezes positivo para qualquer tipo de verme e aqueles que, pela clínica, apresentavam sinais e sintomas da doença. Informamos que, muitas vezes, é difícil a realização dos exames pelos usuários, devido a distância entre suas residências e o laboratório de referência, e à demora na marcação do exame pela unidade de saúde.

Para determinar a prevalência da doença foram incluídos os pacientes que tinham resultado de exame parasitológico de fezes (EPF) positivo para qualquer tipo de verme e para aqueles que, pela clínica, apresentavam sinais e sintomas da doença, foi entregue recipiente para coleta das fezes e orientado procedimentos. Tão logo entregavam o material na unidade de saúde, este era encaminhado ao laboratório de referência. No caso das crianças, seus responsáveis preencheram um questionário semiestruturado visando verificar fatores associados à ocorrência de parasitoses. Para o exame coprológico foram utilizados métodos parasitológicos de sedimentação espontânea. A análise estatística dos resultados encontrados foi feita por meio de gráficos e tabelas.

O tema parasitoses intestinais foi fundamentado em artigos de periódicos, publicações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, monografias, livros textos, dentre outros.

4.1 Fundamentação teórica

As infecções produzidas por parasitas intestinais estão presentes em regiões do mundo inteiro, sendo elas desenvolvidas ou não. As estatísticas apontam que mais de um bilhão de indivíduos em todo planeta albergam pelo menos uma espécie de parasita sendo *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e *ancilostomídeos* os de maior frequência (FONSECA *et al.*, 2010). Parasitas intestinais são comuns em ambientes caracterizados pela pobreza, condições precárias de habitação, superlotação e práticas sanitárias inadequadas (NAVONE; GAMBOA; OYHENART, 2008).

É consenso que as parasitoses intestinais são mais frequentes em regiões menos desenvolvidas. Nos países subdesenvolvidos as parasitoses intestinais atingem índices de até 90%, ocorrendo um aumento significativo da frequência à medida que piora o nível socioeconômico. No Brasil, os problemas envolvendo as parasitoses tomam uma grande proporção, especialmente devido às condições socioeconômicas, à falta de saneamento básico, educação sanitária e hábitos culturais. O último levantamento multicêntrico das parasitoses intestinais, realizado no país, revelou uma prevalência de 28,5% em escolares com 7 de sete a 14 anos (LUDWIG, 2007).

Gómez *et al.* (2005) *apud* Fonseca *et al.* (2010) estimam que cerca de 20% a 30% da população da América Latina esteja infectada por parasitas. No entanto, a distribuição da doença varia entre países e entre áreas dentro de um mesmo país. Enquanto a prevalência para *A. lumbricoides* e *T. trichiura*, entre crianças em idade pré-escolar e escolar, em área periférica de Buenos Aires, Argentina, em 2005 foi de 19,2%, no Município de Armenia, Colômbia, a prevalência para *A. lumbricoides* e *T. trichiura* em pré-escolares, neste mesmo ano, foi de 2,4% e 2,1%, respectivamente.

O Brasil é exemplo de país onde a maioria dos estudos aponta a situação da prevalência das parasitoses em pequenas localidades, não correspondendo a uma situação geral de todo território. Em área urbana do município de Santa Izabel,

Amazonas, localizado na Região Norte do país, encontrou-se, em 2005, prevalência de aproximadamente 40% para *A. lumbricoides*, 24% para *T. trichiura* e 5% para *ancilostomídeos*, em crianças com idades entre 6 meses e 7 anos. Por sua vez, no Sudeste do país, especificamente no município de Estiva Gerbi, São Paulo, entre 2000 e 2002, a positividade era de apenas 1,5% para *A. lumbricoides*, 0,1% para *T. trichiura* e 0,1% para *ancilostomídeos*, entre crianças na faixa etária de 0 a 7 anos, residentes em áreas urbana e rural (COSTA *et al.*, 2007 *apud* FONSECA *et al.*, 2010).

De acordo com Macedo (1996) *apud* Silveira (2013) a parasitose causada pelo *A. lumbricoides* é a helmintíase mais difundida no mundo com alta prevalência nos países tropicais com inadequado saneamento básico. Isso ocorre provavelmente porque a fêmea do parasito elimina grande quantidade de ovos a cada dia, possibilitando sua identificação por qualquer método diagnóstico, diferentemente de outros parasitos que necessitam de técnicas especiais para sua identificação, por serem eliminados de forma intermitente ou por ficarem depositados na mucosa retal, como o *T. trichiura* e o *E. vermiculares*. Neste último, o prurido anal, principalmente à noite constitui o mais importante sintoma, quer pela intensidade e desconforto, quer como elemento diagnóstico devido à presença do parasito neste local.

Em estudo realizado em 2004, na comunidade indígena Yakariyene, município Tucupita, estado de Delta Amacuro, Bolívia, os resultados dos exames coproparasitológicos mostraram que de 110 pessoas que realizaram o exame, em um universo de 252 habitantes, 95 pessoas apresentaram parasitoses intestinais (prevalência 86,4%), independente do sexo. Em termos absolutos pessoas menores de 20 anos foram as mais afetadas; 71,76% dos casos apresentaram mais de um tipo de parasita. Das onze espécies de enteroparasitas diagnosticadas, os protozoários predominaram em 81,05% dos habitantes; sendo *Entamoeba coli* (40,0%); e *Blastocystis hominis* (34,50%). Entre os helmintos *Ascaris lumbricoides* foi o mais comum (42,70%), segundo Devera; Franceschi; Quintero (2005).

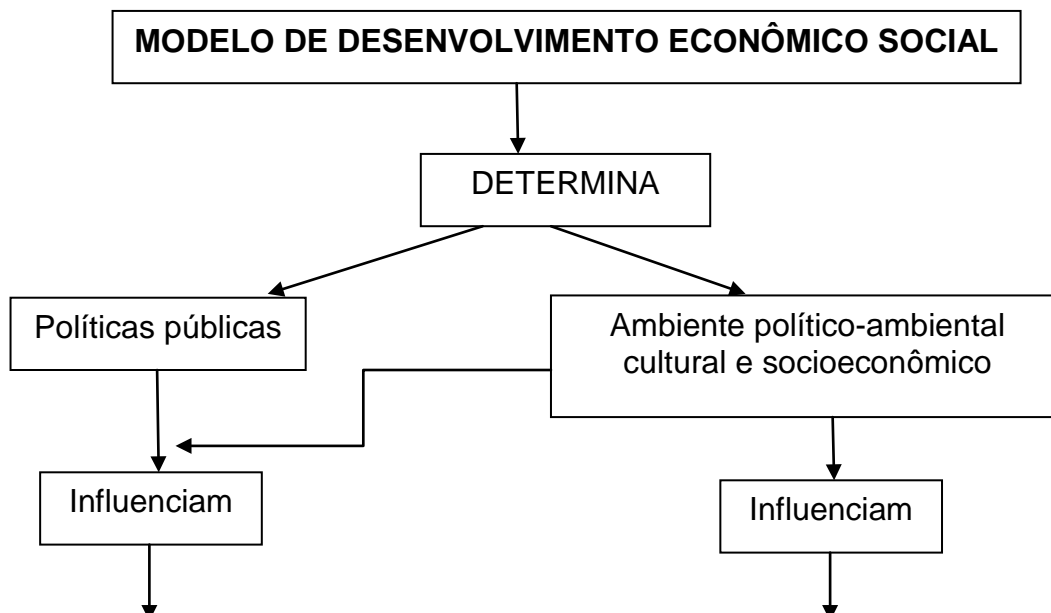
O trato digestivo do homem é capaz de acomodar uma variedade de parasitas, que podem ser patogênicos ou não. A via de infecção é a digestiva na grande maioria dos parasitas; e, em alguns casos, é a pele. Infecções parasitárias em crianças são uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo mundo. Dentre as complicações incluem diarreias, obstrução intestinal, desnutrição,

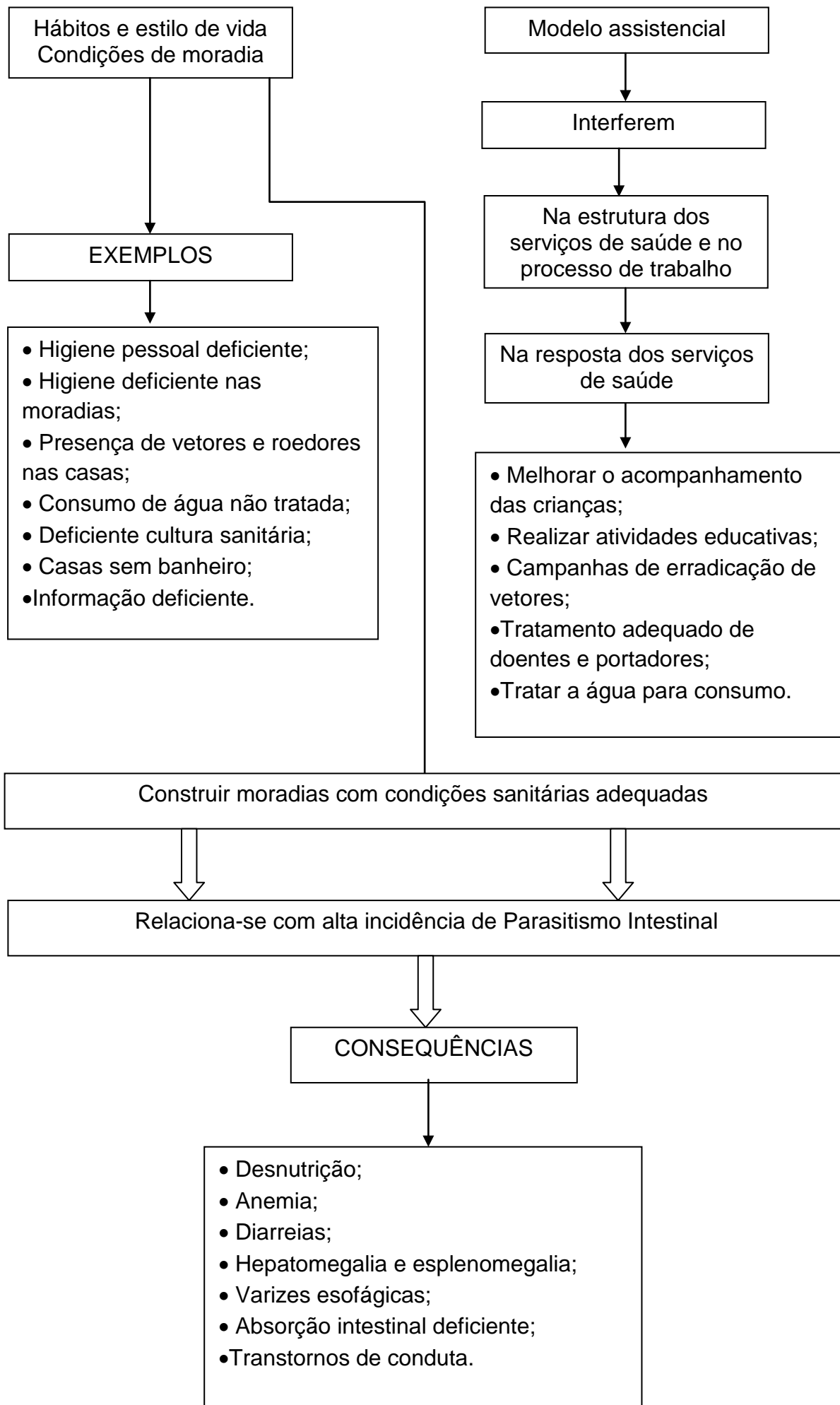
anemia e atraso no crescimento e desenvolvimento. Em países em desenvolvimento a situação socioeconômica reflete no estado de saúde da população, principalmente em crianças menores (NÚÑEZ *et al.*, 2006).

De acordo com Toscani (2007) a infecção humana é mais comum em crianças, por meio da via orofecal, sendo águas e alimentos contaminados os principais veículos de transmissão. Estima-se que cerca de um bilhão de indivíduos em todo mundo albergue *Ascaris lumbricoides*, sendo apenas pouco menor o contingente infestado por *Trichuris trichiura* e pelos ancilostomídeos. Estima-se, também, que duzentos a quatrocentos milhões de indivíduos, respectivamente, alberguem *Giárdia duodenalis* e *Entamoeba histolytica*.

As responsabilidades para erradicação das verminoses não cabem apenas às equipes de saúde, mas também aos órgãos públicos. Devido aos riscos de uma disseminação em grande escala, o governo deve manter um sistema de controle sobre as verminoses, incluindo: tratamento e controle da qualidade da água do abastecimento público, aumento da área coberta por abastecimento de água e esgoto sanitário, controle rigoroso das condições de saúde dos trabalhadores envolvidos com o manuseio de alimentos, limpeza adequada e rotineira dos reservatórios de água, campanha de orientação sobre o tema com programas voltados para medidas de prevenção, focados na educação em saúde (BRASIL, 2009).

A partir do referencial bibliográfico criou-se o esquema abaixo visando ilustrar a doença com seus determinantes e consequências.





5 PLANO DE AÇÃO

5.1 Desenho das operações

Este plano de ação tem como objetivo apresentar propostas para controle e prevenção do parasitismo intestinal no município de Guiricema, MG. A seguir apresentamos o Quadro 7 com o desenho das operações do plano de ação.

Quadro 7: Desenho das operações.

Nó crítico	Operação projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários.
<i>Higiene pessoal e das moradias deficiente.</i>	+ Saúde <u>Objetivo:</u> Modificar hábitos higiênicos das pessoas e condições higiênicas das moradias.	Melhorar em 30% a higiene pessoal e nas moradias no prazo de um ano.	- Programas de higienização do meio ambiente na comunidade. - Campanhas educativas realizadas pela equipe de saúde. - Campanhas educativas na rádio comunitária e publicidade volante.	<u>Organizacional:</u> Realização de palestras sobre hábitos higiênicos adequados para evitar o parasitismo intestinal. <u>Cognitivo:</u> Informação sobre o tema e capacitação do pessoal encarregado das atividades. <u>Político:</u> Garantir transporte e alimentação para as pessoas encarregadas de realizar palestras e atividades de promoção de saúde nas diferentes comunidades. Garantir espaço na rádio comunitária. <u>Financeiro:</u> Aquisição de folhetos educativos e outros recursos materiais necessários.

<i>Presença de vetores e roedores nas residências.</i>	+ Saúde <u>Objetivo:</u> Modificar o modo e estilo de vida das pessoas.	Diminuir em 20% o índice de vetores e roedores nas moradias em um prazo de um ano.	Campanhas de desratização. Uso de inseticidas. Visitas domiciliárias pelos ACS.	<u>Organizacional:</u> Realização de palestras sobre importância de eliminar vetores e roedores. <u>Cognitivo:</u> Informação sobre o tema. <u>Político:</u> Mobilização social em torno das questões; articulação intersetorial. <u>Financeiro:</u> Garantir compra de produtos para eliminação de vetores e roedores e aquisição de folhetos educativos.
<i>Consumo de água não tratada.</i>	Viver melhor <u>Objetivo:</u> Oferecer água tratada a maior parte da população.	Garantir consumo de água tratada a 80% da população.	Levar água tratada às comunidades que ainda não possuem o tratamento adequado.	<u>Organizacional:</u> Realização de palestras sobre importância de se consumir água tratada. Organizar visitas à Companhia de Saneamento Básico. <u>Político:</u> Mobilização social, e articulação intersetorial.
<i>Nível de informação deficiente sobre parasitismo intestinal.</i>	Saber + <u>Objetivo:</u> Aumentar o nível de informação sobre parasitismo intestinal.	População mais informada sobre parasitismo intestinal.	Avaliação do nível de informação da população sobre parasitismo intestinal. Capacitação dos ACS. Palestras nas unidades básicas de saúde, nas escolas, e em outros espaços da comunidade.	<u>Cognitivo:</u> Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação. <u>Organizacional:</u> Organizar palestras nas unidades básicas de saúde, nas escolas, e em outros espaços da comunidade tanto da área urbana, quanto rural. <u>Político:</u> Organização intersetorial e mobilização social. <u>Financeiro:</u> Para aquisição de folhetos, alimentação e transporte das pessoas encarregadas das palestras na zona rural.

<i>Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema.</i>	Linha do cuidado <u>Objetivo:</u> Implantar Linha do Cuidado para pacientes com parasitismo intestinal, e suas complicações.	Cobertura de 100% da população com risco de parasitismo intestinal.	Recursos humanos capacitados. Linha do Cuidado para parasitismo intestinal.	<u>Cognitivo:</u> Elaboração do plano de ação. <u>Organizacional:</u> Organização da agenda. <u>Político:</u> Articulação intersetorial e mobilização social. <u>Financeiro:</u> Aumento da oferta de exames parasitológicos de fezes e hemogramas.
---	---	---	--	--

5.2 Identificações dos recursos críticos

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.

O Quadro 8 apresenta os recursos críticos necessários para desenvolvimento das operações definidas para enfrentamento dos nós críticos do problema “alta incidência de parasitismo intestinal”.

Quadro 8: Recursos críticos para desenvolvimento das operações definidas para enfrentamento dos nós críticos do problema “alta incidência de parasitismo intestinal”.

Operação projeto	Recursos críticos
+Saúde	<u>Político:</u> - Transporte e alimentação para as pessoas encarregadas de fazer palestras e atividades de promoção da saúde nas diferentes comunidades; - Conseguir espaço na rádio comunitária local; - Mobilização social e articulação intersetorial. <u>Financeiro:</u> - Aquisição de folhetos educativos e outros recursos materiais necessários; - Compra de produtos para eliminação de vectores e roedores.
Viver Melhor	<u>Organizacional:</u>

	<p>- Organizar visitas à Companhia de Saneamento Básico.</p> <p><u>Político:</u></p> <p>- Articulação intersetorial e mobilização social.</p>
Saber+	<p><u>Político:</u></p> <p>- Apoio intersetorial e mobilização social.</p> <p><u>Financeiro:</u></p> <p>- Para aquisição de folhetos;</p> <p>- Para alimentação e transporte das pessoas encarregadas das palestras na zona rural.</p>
Linha do Cuidado	<p><u>Político:</u></p> <p>- Articulação intersetorial e mobilização social.</p> <p><u>Financeiro:</u></p> <p>- Aumento da oferta de exames diagnósticos.</p>

Para analisar a viabilidade de um plano devem ser identificadas três variáveis fundamentais:

- 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.

5.3 Ações para motivação dos atores

A motivação de um ator pode ser classificada, segundo Silva (2003):

- a) *Motivação favorável* - o ator que controla determinado recurso crítico para execução do plano coloca-o à disposição, como que “transfere” o controle do recurso para o ator que está planejando.
- b) *Motivação indiferente* - pressupõe que o apoio do ator que controla o recurso crítico ainda não está garantido, assim como não está claro se ele, ativamente, fará oposição à utilização desse recurso crítico para execução do plano.
- c) *Motivação contrária* - caracteriza-se por uma oposição ativa à utilização do recurso, ou seja, pode-se também considerá-la uma oposição ativa ao plano.

No Quadro 9 observamos as propostas de ações para motivação dos atores.

Quadro 9: Propostas de ações para motivação dos atores.

Operações projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
<p>+ Saúde <i>Modificar hábitos higiênicos das pessoas e condições higiênicas das moradias.</i></p> <p><i>Modificar o modo e estilo de vida das pessoas.</i></p>	<p><u>Político:</u> - Garantir transporte e alimentação às pessoas encarregadas de fazer palestras e atividades de promoção de saúde nas diferentes comunidades, nas escolas e em espaços públicos da comunidade. Mobilização social em torno das questões de saúde; articulação intersetorial. Conseguir espaço na rádio comunitária.</p> <p><u>Financeiro:</u> - Aquisição de folhetos educativos e outros recursos necessários. - Garantir compra de produtos para eliminação de vetores e roedores.</p>	<p>Secretário de Saúde.</p> <p>Prefeito</p> <p>Setor de Comunicação Social.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não são necessárias.</p>
<p>Viver melhor <i>Oferecer água tratada a maior parte da população.</i></p>	<p><u>Organizacional:</u> - Organizar visitas à Companhia de Saneamento Básico.</p> <p><u>Político:</u> - Articulação intersetorial.</p>	<p>Secretário de Saúde</p> <p>Prefeito</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não são necessárias.</p>
<p>Saber + <i>Aumentar o nível de informação sobre parasitismo intestinal.</i></p>	<p><u>Político:</u> - Apoio intersetorial e mobilização social.</p> <p><u>Financeiro:</u> - Para aquisição de folhetos. - Para alimentação e transporte das pessoas encarregadas das palestras na zona rural.</p>	<p>Secretário de Saúde</p> <p>Prefeito</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar plano de intervenção.</p> <p>Apoio dos setores.</p>
<p>Linha de cuidado <i>Implantar Linha do Cuidado para pessoas com parasitismo intestinal.</i></p>	<p><u>Político:</u> - Articulação intersetorial e mobilização social.</p> <p><u>Financeiro:</u> - Aumento da oferta de exames.</p>	<p>Secretário de Saúde</p> <p>Prefeito</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apoio dos setores.</p>

5.4 Elaboração do plano de ação

As pessoas envolvidas no planejamento do plano de ação definiram por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o Quadro 10. O papel fundamental dos sujeitos envolvidos é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas.

Quadro 10: Elaboração do plano de ação.

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>+ Saúde</p> <p><i>Modificar hábitos higiênicos das pessoas e condições higiênicas das moradias.</i></p> <p><i>Modificar o modo e estilo de vida das pessoas.</i></p>	<p>Melhora em 30% a higiene pessoal e das moradias no prazo de um ano.</p> <p>Diminuir em 20% o índice de vetores e roedores nas moradias em um prazo de um ano.</p>	<p>Programas de higienização do meio ambiente na comunidade.</p> <p>Palestras na Unidade Básica de Saúde, nas escolas do município, área urbana e rural; e em espaços da comunidade.</p> <p>Campanhas educativas na rádio comunitária e publicidade volante.</p> <p>Campanhas de desratização.</p> <p>Uso de inseticidas.</p> <p>Visitas domiciliares.</p>	<p>Técnicos de Higiene e Vigilância Epidemiológica</p> <p>Médico e Enfermeira da ESF</p> <p>Agentes Comunitários de Saúde</p> <p>Secretário de Saúde</p>	<p>Início em 3 meses e término em 12 meses.</p>
<p>Viver melhor</p> <p><i>Oferecer água tratada grande parte da população.</i></p>	<p>Garantir consumo de água tratada a 80% das comunidades rurais.</p>	<p>Levar água tratada às comunidades que ainda não possuem o tratamento adequado.</p>	<p>Prefeito</p>	<p>12 meses</p>

Saber + <i>Aumentar o nível de informação sobre parasitismo intestinal.</i>	População mais informada sobre parasitismo intestinal.	Avaliação do nível de informação da população sobre parasitismo intestinal. Capacitação dos ACS. Palestras na unidade básica de saúde, nas escolas, e em espaços da comunidade.	Médica do PSF Enfermeira Coordenadora da Atenção Básica	Início em 2 meses e término em 12 meses.
Linha do Cuidado <i>Implantar Linha do Cuidado para pessoas com parasitismo intestinal.</i>	Cobertura de 100 % da população com risco de parasitismo intestinal.	Recursos humanos capacitados. Linha do Cuidado para parasitismo intestinal.	Coordenadora da Atenção Básica	Início em 2 meses e término em 12 meses.

5.5 Acompanhamento das operações

O Quadro 11 apresenta o acompanhamento das operações do plano de ação.

Quadro 11: Acompanhamento das operações do plano de ação pelo responsável.

Operação Saber +					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
<i>Avaliação do nível de conhecimento das pessoas acometidas por parasitoses intestinais.</i> - <i>Palestras educativas.</i> - <i>Capacitação dos ACS.</i>	Médico da Unidade Básica PSF Centro	Três meses para o início das atividades.	Aplicado o instrumento de avaliação do nível de conhecimento das pessoas na comunidade acerca das parasitoses intestinais.		

Operação Cuidar Melhor					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
<i>Consultas, palestras, orientações individuais, visitas domiciliares.</i>	Médico da Unidade Básica PSF Centro		Cumprindo a programação.		

5.6 Recursos materiais e serviços de apoio

Os agentes envolvidos nas ações serão a ESF 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.

5.7 Avaliação e acompanhamento do plano de ação

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

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de controlar e prevenir o parasitismo intestinal no município de Guiricema, Minas Gerais, instigou-nos a realização deste Plano de Ação. Com certeza, encontraremos grandes desafios pela frente, mas ao mesmo tempo sabemos que podemos contar com a parceria dos profissionais da ESF, e demais segmentos da sociedade.

Neste sentido, acreditamos que a realização de medidas educativas como palestras; implantação da Linha do Cuidado; realização de visitas domiciliares; capacitação em serviço constituem estratégias de saúde importantes no combate às parasitoses intestinais.

Por outro lado, trabalhar com ações de promoção da saúde quando ainda se tem o modelo de atenção centrado na medicalização da assistência, requer persistência, empenho e disponibilidade dos profissionais em mudar o quadro ora delineado pelas doenças relacionadas às condições sociais, econômicas, e culturais da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde: **Verminoses**. Série Cadernos de Atenção Básica. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundo Nacional de Saúde - FNS**. Disponível em: <<http://fns.saude.gov.br/>> Acesso em: 18 out 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/portal-ideb/planilhas-para-download>> Acesso em: 30 ago. 2014.

BRASIL. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **IDHM do Município de Guiricema**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/guircema_mg#idh> Acesso em: 16 ago 2014.

CAMPOS, F. C. C. ; FARIA, H. P. ; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2.ed. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Nescon/UFMG, 2010. 110p.

COSTA, F. A. C; *et al.* Giardia lamblia and other intestinal parasitic infections and their relationships with nutritional status in children in Brazilian Amazon. **Rev Inst Med Trop**. São Paulo, v.49, p.147-53, 2007.

DEVERA, R.; *et al.* Prevalencia de blastocistosis y otras parasitosis intestinales en una comunidad rural del estado Anzoátegui, Venezuela. **Parasitol. Latinoamer.** [serie em Internet]. 2003;58:65-72. Disponible em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-77122003000300001> Acesso em: 20 fev. 2016.

FONSECA, E *et al.* Prevalência e fatores associados às geo-helminthiases em crianças residentes em municípios com baixo IDH no Norte e Nordeste brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100015> Acesso em: 30 mar 2016.

GÓMEZ, J. M. G.; LORA, F.; HENAO, L. H.; MEJÍA, S; MARÍN, J. E. G. Prevalencia de giardiasis y parasitos intestinales en preescolares de hogares atendidos en un programa estatal en Armenia, Colombia. **Rev Salud Pública** v.7, p.327-38, 2005.

GOMEZ, A. E. D. **Intervenção educativa sobre parasitoses intestinais em Carie, Canapi, Alagoas** (Monografia). 40p. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Nescon/UFMG, 2014.

GUIRICEMA. Prefeitura Municipal. **Área de proteção ambiental**: montanha Santa e Serra das Pedras. Guiricema (MG): Phyllemon & Panza, 2005.

GUIRICEMA. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Secretaria Municipal de Saúde de Guiricema, 2014. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/>> Acesso em: 03 jan 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Histórico do Município de Guiricema.** Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=312900&search=||infogr%E1ficos:-hist%F3rico.>> Acesso em: 16 ago 2014.

LUDWING, K. M. F. **Correlação entre condições de saneamento básico e parasitoses intestinais na população.** São Paulo: Medsi, 2007.

MACEDO, L. M. C.; REY, L. Enteroparasitoses em gestantes e puérperas no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública.** v.12, p.383-8, 1996.

NAVONE, G. T.; GAMBOA, M. I.; OYHENART, E. E. Parasitosis intestinales en poblaciones Mbyá-Guaraní de la Provincia de Misiones, Argentina: aspectos epidemiológicos y nutricionales. **Cad. Saúde Pública** [serie em Internet]. 2006; v.22, n.5, p.1089-100. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500022&lng=es&nrm=iso.> Acesso em: 09 ago 2014.

NÚÑEZ, M.; ORBANI, P.; SIMON, L.; PAIZ, A. E. Prevalencia de enteroparasitosis en niños que concurren a un CAPS de la Ciudad de Corrientes. **Rev Argentina de Salud Pública** [serie em Internet]. 2006; v.65, n.1, p.62-4. Disponible en: <<http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt2006/03-Medicas/2006-M-037.pdf> > Acesso em: 20 mar.2016.

PEREZ, C. M. C. *et al.* Intervención educativa y parasitismo intestinal en niños de la enseñanza primaria. **Rev Cubana Medicina General Integral**, v.23, n.2, 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.

SILVEIRA, T. Z. **Abordagem das parasitoses intestinais no município de Santa Rita do Ituí.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (Monografia). 25p. Universidade Federal de Minas Gerais: NESCON, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4139.pdf.>> Acesso em: 30 mar 2016.

TEIXEIRA, J. C; HELLER, L. Fatores ambientais associados às helmintoses intestinais em áreas de assentamento subnormal. Juiz de Fora, MG. **Revista Engenharia Sanitária Ambiente**, v.9, n.4, p.301-5, 2004.

TOSCANI, N. V. *et al.* Desenvolvimento e análise de jogo educativo para crianças visando à prevenção de doenças parasitológicas. **Interface (Botucatu)** [online], v.11, n.22, p.281-294, 2007.

UCHÔA, C. M. A. *et al.* Parasitismo intestinal em crianças e funcionários de creches comunitárias na cidade de Niterói-RJ, Brasil. **Rev Patologia Tropical**, v.38, n.4, n.267-278, 2009. Disponível em: <https://revista.iptsp.ufg.br/up/63/o/2009_38_4_267_278.pdf> Acesso em: 09 ago 2014.