

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Israel Renon de Lira da Silva

ESQUISTOSSOMOSE: AÇÕES DE PREVENÇÃO PELA EDUCAÇÃO

Igreja Nova - AL

2021

Israel Renon De Lira Da Silva

ESQUISTOSSOMOSE: AÇÕES DE PREVENÇÃO PELA EDUCAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professora Sabrina Joany Felizardo Neves.

Igreja Nova - AL

2021

Israel Renon de Lira da Silva

ESQUISTOSSOMOSE: AÇÕES DE PREVENÇÃO PELA EDUCAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor (a)

Banca examinadora

SABRINA JOANY FELIZARDO NEVES

LAIS DE MIRANDA CRISPIM COSTA

Aprovado em Maceió, em fevereiro de 2021.

DEDICATÓRIA

Dedico esta intervenção aos usuários do território e membros da Unidade de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos membros da Unidade de Saúde e aos usuários do território.

Primum Non Nocere

Hipócrates

RESUMO

O projeto de intervenção aqui apresentado objetiva desenvolver ações de prevenção e combate a esquistossomose no território da Unidade de Saúde Vista Alegre Igreja Nova Alagoas. Para isso irá capacitar a equipe de saúde sobre os principais conceitos relacionados a esquistossomose; promover uma varredura no território orientando sobre os cuidados preventivos a esquistossomose no território; e monitorar o avanço ou diminuição dos casos no território após a aplicação das ações. Como metodologia das ações utiliza-se do Planejamento Estratégico Situacional e Método da Estimativa Rápida. O levantamento dos problemas foi feito através de reunião realizada com a equipe e através dos passos que a intervenção deve seguir. Como resultados percebeu-se que se desenvolvermos ações de prevenção e promoção de saúde com indivíduos do território pode-se diminuir radicalmente a quantidade de infectados pela esquistossomose. Contudo, ações macro do poder público também são exigidas, pois salvo isso não aconteça não conseguiremos atingir o problema na origem. Além disso, aponta-se como grande contribuição do Projeto de Intervenção a capacitação da equipe de saúde, visto que muitos até conhecem a esquistossomose, mas não apresentam uma profundidade suficiente para orientar a população e trabalhar na prevenção deste agravo. No mais se acredita que as ações só têm a contribuir para as condições gerais da população, principalmente pelo fato da esquistossomose nas condições crônicas apresentar uma alta mortalidade, e ser uma doença de fácil eliminação se houver observação das orientações por parte da população.

Palavras-chave: prevenção; combate; esquistossomose.

ABSTRACT

The intervention project presented here aims to develop actions to prevent and combat schistosomiasis in the territory of the Health Unit Vista Alegre church Nova Alagoas. For this, it will train the health team on the main concepts related to schistosomiasis; promote a sweep in the territory advising on preventive care for schistosomiasis in the territory; and monitor the advance or decrease of cases in the territory after the actions are applied. As a methodology for the actions, the Situational Strategic Planning and Rapid Estimation Method are used. The survey of problems was done through a meeting held with the team and through the steps that the intervention must follow. As a result, it was realized that if we develop prevention and health promotion actions with individuals in the territory, the number of people infected with schistosomiasis can be radically reduced. However, macro actions by the public authorities are also required, because unless this does not happen, we will not be able to reach the problem at the source. In addition, the training of the health team is seen as a major contribution of the Intervention Project, since many even know about schistosomiasis, but do not have sufficient depth to guide the population and work on preventing this disease. Most of all, it is believed that the actions only contribute to the general conditions of the population, mainly due to the fact that schistosomiasis in chronic conditions has a high mortality, and is a disease that is easily eliminated if the population observes the guidelines.

Keywords: prevention; combat; schistosomiasis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01. Pirâmide etária	13
Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde VIII Vista Alegre, Unidade Básica de Saúde Vista Alegre, município de Igreja Nova, estado de Alagoas	20
Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ problemas de cognição e entendimento da população quanto as orientações passadas pela equipe de saúde sobre a esquistossomose e ações a serem realizadas”, relacionada ao problema “esquistossomose: ações de prevenção pela educação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Vista Alegre Igreja Nova\Alagoas	34
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “Falta de apoio da secretaria de saúde as ações realizadas de combate a esquistossomose ” relacionada ao problema “esquistossomose: ações de prevenção pela educação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Vista Alegre Igreja Nova\Alagoas	35
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falta de observação e adesão da comunidade as orientações relacionadas a esquistossomose”, relacionada ao problema “esquistossomose: ações de prevenção pela educação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Vista Alegre Igreja Nova\Alagoas	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Aspectos demográficos da população adstrita do ESF VIII –Vista Alegre: Por sexo e faixa etária.....	17
Tabela 02. Condições de Saúde da população por agravo.....	17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município	13
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.3 Aspectos da comunidade	16
1.4 A Unidade Básica de Saúde da Equipe VIII Vista Alegre Igreja Nova\Alagoas	18
1.5 A Equipe de Saúde da Família VIII Vista Alegre da Unidade Básica de Saúde Vista Alegre	19
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe VIII Vista Alegre	19
1.7 O dia a dia da equipe VIII Vista Alegre	19
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	20
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	21
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo geral	25
3.2 Objetivos específicos	25
4 METODOLOGIA	26
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	27
5.1 Considerações Iniciais	27
5.2 Diagnóstico	28
5.3 Tratamento	29
5.4 Estratégias de Prevenção e Controle	30
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	32
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	32
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	32
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	33
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37

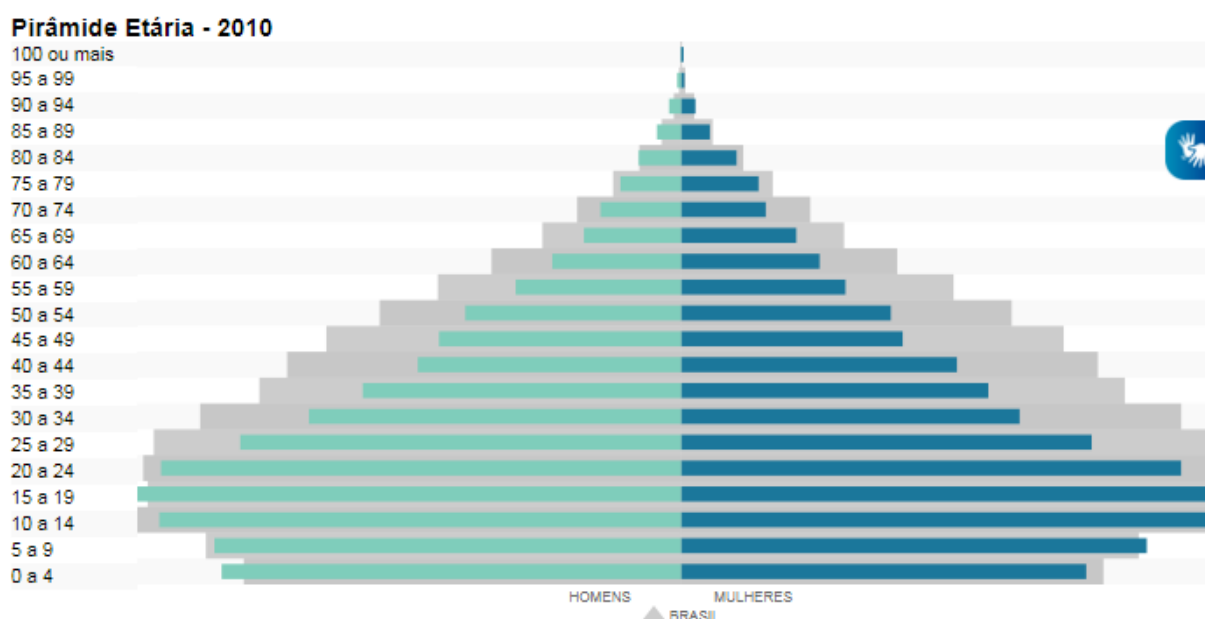
1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Igreja Nova/Alagoas

Igreja Nova é uma cidade brasileira localizada na região nordeste, no estado de Alagoas, e distante 165 km da capital, Maceió. Um dos municípios mais antigos do Estado. O início da sua história está relacionado à exploração do rio São Francisco. Com estimativa populacional para 2019 de 24.499 habitantes. Limita-se ao norte com a cidade de São Sebastião, ao sul com o rio São Francisco, a oeste com a cidade de Porto Real de Colégio e a leste com a cidade de Penedo. (IBGE, 2019).

Apresenta-se a pirâmide etária do município conforme figura 01:

Figura 01. Pirâmide etária



Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/igreja-nova/panorama>

O município tem como base econômica a agricultura, com o cultivo de arroz, cana de açúcar e algodão. O município conta com a presença da CODEVASF (Companhia de Desenvolvimento do Vale do São Francisco) que assessora e favorece o melhor aproveitamento dos recursos naturais. O município conta também com a Usina Marituba, filial da Usina Caeté, que produz cana de açúcar e álcool. (IGREJA NOVA, 2020).

Na política partidária do município há uma disputa entre dois grupos políticos ligados a duas famílias. Atualmente a família Dantas governa o município.

A cidade tem seu desenvolvimento histórico ligado a religião. Por isso, seus munícipes mantêm estreitos e fortes laços religiosos. A igreja tem como padroeiro São João Batista. A população tem espírito festivo e conta com dezenas de festas nos povoados. Apresenta três festas principais: a primeira é o Carnaval, com tradicional frevo e fantasias; a segunda é a Emancipação Política em 16 de maio; a terceira, e mais importante, é a festa do padroeiro São João Batista em 24 de junho. (IGREJA NOVA, 2020).

No quesito saúde faz parte da 6ª microrregião de saúde com a sede em Penedo. O município conta com dez Equipes de Saúde da Família, sendo oito situadas na zona rural e duas em zona urbana. Possui também: Um Pronto Atendimento de Urgência; Equipe do NASF composto por Assistentes Sociais, Psicólogos; Uma Farmácia Central; Grupo da Vigilância Epidemiológica. Há convênio do município com hospitais e maternidades de outros municípios de referência. (IGREJA NOVA, 2020).

1.2 O sistema municipal de saúde de Igreja Nova\Alagoas

O município possui uma boa rede de saúde, estruturada por diferentes níveis de complexidade. Com uma cobertura superior a 80% da população, graças a presença das Equipes de Saúde da Família. O município tem dez Equipes de Saúde da Família, uma unidade de Pronto Atendimento que funciona 24 horas por dia, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Laboratório Central (LC), um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e um Centro de Especialidades Médicas (CEM). O município não possui nenhuma estrutura terciária de atenção no município, para suprir a demanda mantém convênios com hospitais e maternidades de cidades com maior nível tecnológico (Penedo, Coruripe, Arapiraca, Maceió, Palmeira dos Índios e Santana do Ipanema). (IGREJA NOVA, 2020).

As Unidades Básicas de Saúde – UBS, funcionam de segunda-feira a sexta-feira das sete da manhã as dezesseis horas da tarde.

O município tem todo seu território coberto pelas Equipes de Saúde da Família, cada uma dispõe de um veículo que dão suporte no traslado, nas Visitas domiciliares e situações agudas com urgência. Este compreende o nível primário de atenção.

Como nível secundário de atenção à saúde temos o Pronto Atendimento, Domitila Gila Raposo, de Urgência e Emergência 24 horas, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Centro de Especialidades Médicas (CEM).

No nível terciário de atenção à saúde temos convênios com Hospitais e Maternidades de outras cidades (Penedo, Coruripe, Arapiraca, Maceió, Palmeira dos Índios e Santana do Ipanema).

Os sistemas de apoio a Equipe do NASF composto por Assistentes Sociais, Psicólogos, a Farmácia Central e o Grupo da Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

A logística municipal permite a interligação entre os diferentes níveis de atenção. As ESF têm um carro à disposição, e existe uma ambulância em povoados estratégicos para casos de urgência e emergência, que podem ser acionadas pelas ESF. Há um bom fluxo de informações entre os níveis primário e secundário o que permite um bom seguimento clínico dos pacientes. O ponto negativo é a contrarreferência dos níveis terciários que ainda é frágil.

O modelo de atenção existente no município Igreja Nova, Alagoas, é o Sistema Integrado de Atenção à Saúde. Na prática temos na Atenção Primária como porta de entrada e o acompanhamento do paciente em todos os níveis de atenção, contudo a informação das condutas e práticas médicas executadas no nível terciário são repassadas para nós profissionais da Atenção básica de forma informal, quase sempre pelas palavras do paciente.

No ESF VIII (Vista Alegre), local em que atuo, tenho orientado a equipe e aos usuários que sempre solicitem documento com resumo dos procedimentos e medidas adotados durante o curso das internações, cirurgias, dentre outros. Para que assim possamos documentar e registrar em seus respectivos prontuários, tem sido em passos lentos, mas já obtivemos algum êxito.

O município dispõe de uma estrutura adequada até o nível secundário. Oferecendo alguns exames laboratoriais e de imagem, como ultrassonografia, além do atendimento de algumas especialidades médicas, possui uma pequena base de

Urgência 24 horas, um centro de especialidades odontológicas. Exames mais sofisticados (Tomografias Computadorizadas, Ressonâncias Computadorizadas, Cintilografias), cirurgias e internações são encaminhadas para Hospitais de Referência conveniados em cidades próximas (Penedo, Coruripe, Arapiraca e Maceió, principalmente).

1.3 Aspectos da comunidade da ESF VIII (Vista Alegre) Igreja Nova\Alagoas

A população em sua maioria vive da agricultura e pesca. A população é miscigenada, tem grande devoção religiosa, de predomínio católico, e baixa escolaridade. A população adstrita é pacífica, sem histórico de mortes violentas. (IGREJA NOVA, 2020).

A comunidade encontra-se numa vasta área de várzea e sua população está em frequente contato com água de lagos, rios e drenos. Essa vasta área naturalmente alagada e seus canais integram um o perímetro irrigado, com investimentos e suporte técnico da CODEVASF (Companhia de Desenvolvimento do Vale do São Francisco). São áreas muito exploradas pela rizicultura, piscicultura, carcinicultura e plantio de cana de açúcar. Na parte seca, alta, temos algumas fazendas com gado de leite e corte.

Segundo dados coletados pelo E-SUS, acesso em 18 de maio de 2020, o ESF VIII- Vista Alegre é composto por 2149 usuários e 811 moradias. As condições de moradia apresentam-se da seguinte maneira: 99,3% na zona rural; 80,7% tem coleta de lixo semanal; 88,7% possuem energia elétrica; 88,9% possuem abastecimento de água em rede encanada até o domicílio e 8,2% consomem água de poço, 63% consomem água clorada e 31% consomem água sem tratamento; 78,1% escoam dejetos dos banheiros em fossa rudimentar, 8,1% escoam em fossa séptica e 9,3% a céu aberto. Os povoados integrantes do ESF VIII não possuem calçamento asfáltico e as estradas são de terra. Temos duas escolas de ensino fundamental 1 e uma cooperativa dos produtores de arroz.

Com predomínio da população com faixa etária entre 20 e 59 anos (53,23%). Proporcionalmente temos a população feminina mais numerosa em todas as faixas etárias (51,18%) e uma população maior de 60 anos correspondendo a 12,14%. Como vemos na Tabela 01.

Tabela 01. Aspectos demográficos da população adstrita do ESF VIII –Vista Alegre: Por sexo e faixa etária.

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	18	21	39
1-4	56	86	142
5-9	83	96	179
10-14	98	95	193
15-19	95	96	191
20-59	571	573	1144
>60	128	133	261
TOTAL	1049	1100	2149

Fonte: E-SUS (2020)

A população apresenta como principais doenças crônicas a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus. Por conseguinte, os principais casos de urgência estão associados aos picos de pressão, hiperglicemia e hipoglicemia. E as emergências estão relacionadas a agravos cardiovasculares.

Temos uma expressiva população de fumantes declarados, favorecendo o aumento dos agravos respiratórios e apresentando íntima relação com os casos de câncer.

O número de pessoas com sofrimento mental está relacionado há o uso indevido de medicações psicotrópicas pela população, mesmo sem indicação médica. Isso corre principalmente pela facilidade de adquirirem a medicação sem o receituário.

Como podemos ver os dados na Tabela 02, abaixo:

Tabela 02. Condições de Saúde da população da população adstrita do ESF VIII –Vista Alegre por agravo.

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	07
Hipertensos	277
Diabéticos	90

Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema)	25
Pessoas que tiveram AVC	19
Pessoas que tiveram infarto	06
Pessoas com doença cardíaca	21
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	09
Pessoas com hanseníase	00
Pessoas com tuberculose	00
Pessoas com câncer	04
Pessoas com sofrimento mental	54
Acamados	08
Fumantes	95
Pessoas que fazem uso de álcool	47
Usuários de drogas	02
Domiciliado	08
Deficiência	57

Fonte: E-SUS (Maio 2020);

1.4 A Unidade Básica de Saúde ESF Vista Alegre Igreja Nova\Alagoas

A UBS, sede, está localizada no povoado Vista Alegre, zona rural de Igreja Nova, a cerca de 10 km da sede do município. O ESF VIII – Vista Alegre conta com mais dois locais de apoio para atendimento, ambos construídos recentemente. Cada local de atendimento possui três salas de atendimento (médico, enfermeira e dentista), uma pequena recepção, uma farmácia, uma copa, dois banheiros. Na sede contamos com consultório odontológico bem equipado (cadeira odontológica, compressor, autoclave) e consultórios do médico e enfermeira como macas e mesas, todos com ar condicionado e pias. As unidades de apoio não contam com atendimento odontológico.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Vista Alegre da Unidade Básica de Saúde ESF Vista Alegre Igreja Nova\Alagoas

A equipe é composta por 18 profissionais, são eles: Um médico, odontologista, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, uma técnica em saúde bucal, sete agentes comunitários de saúde, três serviços gerais e um motorista.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe ESF VIII Vista Alegre Igreja Nova\Alagoas

A unidade funciona com atendimento agendado/programado e com demanda espontânea (porta-aberta) de segunda-feira a sexta-feira das sete horas da manhã às dezesseis horas da tarde. O cronograma de atividades é mensal e elaborado sempre até o dia cinco de cada mês. Excepcionalmente atendemos no turno noturno e finais de semana quando agendado para suprir a demanda de trabalhadores ou quando realizamos eventos.

Os profissionais de nível superior (Médico, Odontologista e Enfermeira) tem uma folga por semana, que são determinadas de forma que o ESF sempre tenha um destes profissionais atuando. Exceto, o Médico que não tem folga e sim dia de estudo do Programa Mais Médicos (PMM).

Seguimos as orientações do decreto municipal que determina o funcionamento das UBS das sete horas da manhã as treze horas da tarde.

1.7 O dia a dia da equipe ESF VIII Vista Alegre Igreja Nova\Alagoas

Estamos num momento atípico no funcionamento da UBS devido a pandemia do COVID19. Nos adequamos seguindo as orientações e decretos municipais, em concordância com os decretos estadual e federal. As consultas agendadas e eletivas estão ocorrendo de forma criteriosa e com hora marcada, para não aglomerar. As Visitas Domiciliares estão acontecendo em caráter urgência em quadros agudos. As renovações de receitas para medicamentos de doentes crônicos estão sendo feitas semanalmente. A prioridade é o monitoramento dos viajantes, dos casos de síndrome gripal e dos casos positivos de COVID19 e seus contatos.

Antes da pandemia o atendimento médico funcionava da seguinte maneira: segunda-feira atendimento agendado e demanda espontânea no povoado Vista Alegre; terça-feira atendimento agendado e demanda espontânea na Serraria; quarta-feira atendimento agendado e demanda espontânea no São José; quinta-feira pela manhã as visitas domiciliares, à tarde atendimento agendado e demanda espontânea na Vista Alegre; sexta-feira dia de estudo do Programa Mais médicos. Antes de iniciar as consultas realizamos uma breve palestra sobre temas de relevância e tiramos dúvidas gerais.

Não conseguimos realizar atendimentos exclusivos para grupos em específico (gestantes, diabéticos, hipertensos), pois não temos como juntar um número mínimo em um único local. O que ocorre é sempre atendimento de pacientes em diferentes modalidades.

Essa dinâmica ocorre também com o atendimento da enfermagem.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Seguindo o primeiro passo do planejamento estratégico situacional, e após ter realizado reuniões com a equipe de saúde, como feito um diagnóstico situacional decidiu-se por apresentar alguns problemas realidade do território, sendo:

- Alta incidência e prevalência de esquistossomose no território;
- Alta incidência e prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Alta incidência e prevalência de Diabetes Mellitus II;
- Elevado uso de Drogas Psicotrópicas;
- Grande número de queixas relacionadas a dor lombar;
- Casos de tuberculose.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Vista Alegre, Unidade Básica de Saúde Vista Alegre, município de Igreja Nova, estado de Alagoas

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de	Seleção/
-----------	--------------	------------	---------------	----------

			enfrentamento***	Priorização****
Alta incidência e prevalência de esquistossomose no território	Alta	8	Total	1
Alta incidência e prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	7	Total	2
Alta incidência e prevalência de Diabetes Mellitus II	Alta	7	Total	3
Elevado uso de Drogas Psicotrópicas	Alta	4	Total	4
Grande número de queixas relacionadas a dor lombar	Média	3	Parcial	5
Casos de tuberculose	Média	1	Total	6

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O ESF VIII é formado por 8 povoados (Vista Alegre, Serraria, Ilha das Antas, São José, Cova da Onça, Cedro e Itapecuru) todos em zona rural, contando com 03 postos de atendimento. A população, em sua maioria, vive da agricultura seja de subsistência, seja na usina de cana de açúcar. Há vastas áreas alagadas, um perímetro irrigado grande e muito plantio de arroz. Não há saneamento básico e ainda existe algumas casas de taipas. Temos uma escola de ensino fundamental 1 e uma cooperativa dos produtores de arroz.

Por sua disposição geográfica natural, a comunidade encontra-se numa vasta área de várzea e sua população está em frequente contato com água de lagos, rios

e drenos. Associado a isto temos a ausência de saneamento básico e tratamento da água potável. Favorecendo o círculo de infecções e reinfecções periódicas e justificando os vários casos da doença.

O município de Igreja Nova é predominantemente rural. O ESF VIII – Vista Alegre tem toda sua extensão em zona rural, e apresenta uma precariedade de infraestrutura (Saneamento básico, fossa séptica, água potável, coleta de lixo regular), tais problemas são algo longínquo que demandam empenho e altos investimentos para serem sanados.

Os povoados que compõe o território do ESF VIII – Vista Alegre não possuem calçamento asfáltico e as estradas são de terra. Os esgotos correm a céu aberto. No dia a dia a população tem contato com os rios, canais, lagos, lagoas e áreas alagadas de cultivo, assim, a taxa de exposição e risco de contaminação pela esquistossomose é alta. Justamente por isso o problema eleito a ser abordado é a alta incidência de esquistossomose no território.

2 JUSTIFICATIVA

A prática clínica na Unidade de Saúde Vista Alegre igreja Nova Alagoas tem evidenciado que ações devem ser realizadas no contexto preventivo e educacional com a população do território no intuito de conter a esquistossomose.

Isso porque o Brasil ainda é um país que lidera o número de casos. País de dimensões continentais e que apresenta uma grande diversidade de habitats, dentre eles alguns favoráveis ao desenvolvimento da esquistossomose (BRASIL, 2014).

Nesse contexto temos uma grande população vulnerável vivendo em condições precárias de habitação e infraestrutura. Assim sendo, verifica-se um predomínio de parasitoses intestinais, principalmente no nordeste do país, local onde vem se desenvolvendo ações pelo Programa Mais Médicos para o Brasil, sendo que estas talvez estejam intimamente relacionadas a precariedade e até ausência de investimentos em infraestrutura como saneamento básico (BRITO; SILVA; QUININO, 2019).

Associado a estas condições a população nestes locais apresentam ainda o hábito de tomar banho em rios, córregos, lagos, lagoas e açudes, que nem sempre são apropriados a essa prática.

Neste panorama, apresenta-se a esquistossomose intestinal como uma doença prevalente, classificada como uma iniquidade. Pois, conhecemos todo ciclo de transmissão e doença e por este motivo poderia ser evitada se medidas simples fossem tomadas.

Apresente-se os conceitos de Amarante (2001) que afirma que a esquistossomose é uma endemia que quando acomete a criança pode interferir no estado nutricional, crescimento e desenvolvimento.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2010) a esquistossomose atinge mais de 200 milhões de pessoas no mundo. Considerada endêmica no Brasil ela está presente em 18 estados, atingindo 8 milhões e coloca em risco de contrair mais de 30 milhões de brasileiros, pelas precárias condições de infraestrutura. Por esse motivo no Brasil foi criado o Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE), em 1971. Com o PECE o governo conseguiu reduzir o número de portadores da doença, evitando as formas graves e diminuir a taxa de mortalidade.

A doença é causada pelos parasitos do gênero *Schistosoma* e necessitam de hospedeiros intermediários que são os caramujos do gênero *Biomphalaria*, os seres humanos são os hospedeiros definitivos (BRASIL, 2014). Daí a estreita relação da doença com a água. E sua alta incidência em pescadores, rizicultores e banhistas.

Segundo o IBGE (2010) o Estado de Alagoas, que possui 102 uma população de 3.337.357 pessoas, estimativa para 2019, distribuídas numa área de 27.818 km², apresenta condições geográficas e socioeconômicas desfavoráveis para o controle da esquistossomose. Apresenta quase 70% dos municípios como área endêmica, são mais de 2 milhões de pessoas em risco.

Justamente por este quadro e por ter evidenciado alguns casos no território no ano de 2020 é que se deseja desenvolver ações de prevenção e combate a esquistossomose.

No território do ESF VIII – Vista Alegre, onde a maior parte da população é composta por agricultores ou desempenham algum outro trabalho ligado a água (piscicultura, rizicultura, carcinicultura e plantio de cana de açúcar) e, o uso dos rios, canais, lagoas e lagos para lazer é uma prática comum verifica-se como um terreno fértil ao problema.

Por essa íntima relação da população com as águas que se encontra o caramujo transmissor da esquistossomose eleva-se a incidência e a prevalência da infecção. Assim, faz-se necessário a aplicação do plano interventor com medidas educativas visando informar a população para adoção de medidas preventivas. A relevância dar-se-á pelo expressivo número de casos registrados nos últimos onze meses (66 casos), período que iniciei o trabalho no ESF VIII.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para desenvolver ações de prevenção e combate a esquistossomose no território da Unidade de Saúde Vista Alegre igreja Nova Alagoas.

3.2 Objetivos específicos

- Promover uma revisão de literatura sobre o tema;
- Capacitar a equipe de saúde sobre os principais conceitos relacionados a esquistossomose;
- Promover uma varredura no território orientando sobre os cuidados preventivos a esquistossomose no território;
- Monitorar o avanço ou diminuição dos casos no território após a aplicação das ações.

4 METODOLOGIA

Para desenvolvimento deste projeto de intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

Para levantamento bibliográfico sobre a temática foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

Neste caso a redação do texto utilizou as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

Para a definição das palavras-chave e keywords utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2017)

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Considerações Iniciais

A esquistossomose ainda é uma doença de difícil controle, considerada presente nas realidades brasileiras, ainda que alguns estudos tenham evidenciado que o seu controle tenha avançado. Estas afirmativas são corroboradas por Brasil (2014) que afirma que as ações de epidemiologia e controle destes tipos de doenças, estão sendo reforçadas desde as diretrizes definidas em 2006, através da Norma Operacional Básica (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde através do Governo Federal tem estimulado os Municípios a combater a esquistossomose, principalmente na perspectiva diagnóstico-tratamento, além de ações preventivas que possam trazer a população um upgrade nas ações já executadas (COSTA, ROCHA, SILVA, et al., 2017; OLIVEIRA, PIMENTEL, ARAUJO et al., 2018; GOMES, MESQUITA, REHN, et al., 2016).

Trata-se de uma doença considerada problema de saúde pública, e no ano de 2017 acometeu quase que 1,5 milhão de pessoas no país, 80% delas na região Nordeste(BRASIL, 2006).

O estado de Alagoas é um Estado extremamente pobre. Com regiões que carecem de todo tipo de estrutura, incluindo saneamento básico, asfaltamento de ruas, entre outros. Trata-se de uma doença classicamente crônica, rural, ligada à pobreza e de ocorrência preferencialmente em áreas conhecidas como Zona da Mata (área de solo fértil, dotada de rios perenes e não sujeita a secas periódicas). Estas características são bem comuns ao município de Igreja Nova no Estado do Alagoas, e também onde minha área está localizada, o que pode indicar certo tipo de hipótese a ser contemplada (OLIVEIRA, PIMENTEL, ARAUJO et al., 2018; GOMES, MESQUITA, REHN, et al., 2016).

Tais particularidades certamente contribuem para os números cada vez mais altos de epidemiologia que juntam novos e velhos problemas, fazendo com que a esquistossomose torne-se uma entidade nosológica de difícil controle (COSTA, ROCHA, SILVA, et al., 2017; OLIVEIRA, PIMENTEL, ARAUJO et al., 2018)

Acredita-se que alguma diminuição na transmissão e um déficit epidemiológico somente surgirá a partir da contribuição dos órgãos governamentais, principalmente em ações da atenção básica, visto que doenças como a esquistossomose são multifatoriais, exigindo uma grande quantidade de fatores associados, que são em verdade difíceis de serem controlados, mas que a partir de campanhas de educação em saúde, de adoção de hábitos simples podem trazer grandes mudanças ao cenário atual (BRITO, SILVA, QUININO, 2020).

No Brasil, existe o Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), que anteriormente era conhecido como Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE), que foi implementado a partir de 1976, lançado pelo Ministério da Saúde, objetivando guiar os municípios no sentido do controle da esquistossomose, concentrando as ações no diagnóstico e tratamento de infectados em áreas endêmicas.

Este controle busca utilizar o Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (SISPCE), que é gerenciado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Trata-se de um sistema responsável pela compilação, e demais informações sobre os inquéritos coproscópicos e o tratamento de doentes entre a população dessas áreas (BRASIL, 2006)

5.2 Diagnóstico

O diagnóstico da esquistossomose não é tão simples quanto se imagina. Isso porque os sintomas clássicos se assemelham muito a outras doenças. A mesma se apresenta em diversas formas clínicas. De modo que o diagnóstico realmente se faz a partir de exames laboratoriais. Deve-se considerar a história clínica, e também o ambiente que o usuário vive, seus hábitos, consumo de água e etc. O laboratório é o único que pode comprovar a esquistossomose (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

Os métodos laboratoriais podem ser diretos e indiretos. Dentre os métodos diretos destaque para a verificação da presença de ovos de *S. mansoni* nas fezes ou tecidos ou de antígenos circulantes do parasito. Neste processo destaque para a “Técnica de KatoKatz”, “Técnica de sedimentação espontânea, ou de Lutz, também

conhecida por Hoff man, Pons e Janer (HPJ)”, “Técnica da eclosão dos miracídios”, “ELISA de captura”, “Biópsia retal”, “Biópsia hepática”, entre outros (BRASIL, 2014).

Já os métodos indiretos destaque para “Reação de ELISA”, “Reação periovular” e “intradermorreação”. Pode-se ainda optar pelo diagnóstico de imagem como a ultrassonografia, principalmente na forma hepatoesplênica da esquistossomose mansônica. Isso porque o fígado quando nas formas graves apresenta-se característico da fibrose de Symmers, encontrada nos casos de esquistossomose apresentando maior sensibilidade do que uma biópsia hepática percutânea (BRASIL, 2014).

Pode-se ainda optar pela Radiografia do tórax em PA e perfil, isso porque pode haver a hipertensão arterial pulmonar em virtude da arterite pulmonar esquistossomótica. Caso ainda haja dúvidas o médico pode solicitar endoscopia digestiva alta, isso porque este método diagnóstico é utilizado no tratamento de varizes gastroesofágicas resultantes da hipertensão portal na esquistossomose hepatoesplênica. Há ainda duas opções que podem foratelece o diagnóstico da esquistossomose, a primeira é a ressonância magnética, que consiste em um exame radiológico de grande importância no diagnóstico da mielopatia esquistossomótica. Há ainda estudos que comprovam a eficácia da mesma para fibrose periportal na forma hepatoesplênica. Por fim o eco-doppler-cardiografia, que trata-se de um exame de escolha na avaliação da hipertensão pulmonar esquistossomótica (BRASIL, 2014).

5.3 Tratamento

O tratamento da esquistossomose quando sem lesões avançadas se dá a partir de drogas que objetivam a cura da infecção. É importantíssimo estabelecer a atividade parasitária através de métodos laboratoriais e na forma clínica da doença (BRASIL, 2014; BRITO, SILVA, QUININO, 2019).

O tratamento medicamentoso das formas crônicas pode se dar com praziquantel. É uma droga amplamente utilizada, e tem por características efeitos adversos, manifestação de toxicidade e eficácia terapêutica aceitável; facilidade de apresentação; custo baixo (BRASIL, 2014).

Se apresenta em formato de comprimidos de 600 mg e administrado por via oral, em dose única de 50 mg/kg de peso para adultos e de 60 mg/kg de peso para crianças, e é administrado após uma refeição. O índice de cura varia de 70-80%. Dentre os efeitos adversos mais comuns estão: gosto metálico na boca, dor abdominal, diarreia, astenia, cefaleia e tonturas (BRASIL, 2014).

Uma segunda alternativa bastante interessante é o uso da Oxamniquina. Se apresenta em cápsulas com 250 mg de sal ativo e solução contendo 50 mg/ml, para uso pediátrico. As doses recomendadas são de 20 mg/kg para crianças e de 15 mg/kg para adultos, tomadas de uma só vez cerca de uma hora após a refeição (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

No caso de esquistossomose aguda utiliza-se a a prednisona (1mg/kg de peso/dia). De modo que o paciente recebe o esquistossomicida (oxamniquina ou praziquantel) 24 a 48 horas depois. Após uma semana reduz-se a dose de corticosteroides para 0,5 mg/kg de peso/dia e para 0,25 mg/kg de peso na semana posterior. Isso porque a associação da prednisona aumenta a eficácia terapêutica da oxamniquina, reduzindo também o tempo de internação e a duração dos sinais e sintomas da doença (BRASIL, 2014).

5.4 Estratégias de prevenção e controle

As medidas de prevenção e controle da esquistossomose baseiam-se basicamente em medidas de educação em saúde e entendimento por parte da população de que o vetor deve ser eliminado, e o contato com águas contaminadas evitado (BRASIL, 2006).

São basicamente questões relacionadas a Higiene. A comunidade deve estar ciente que existe o problema no território. Para isso é importante desenvolver uma parceria com a comunidade, desenvolvendo palestras e orientações em escolas, igrejas, e demais ambientes que possam ter o vetor (caramujo) (BRASIL, 2008).

São em verdade medidas de higiene, orientando a população sobre a necessidade de evitar o contato com a água das chuvas e enchentes, águas contaminadas são o principal problema. Além disso é preciso evitar andar descalço na rua, na terra ou em riachos de água doce. E quanto a água de consumo, somente beber água potável, filtrada ou fervida. É importantíssimo desenvolver estas ações

principalmente em locais onde não existe saneamento básico, e há rios, córregos, e riachos que posteriormente possam estar contaminadas (BRASIL, 2014).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alta incidência de esquistossomose no território”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado

A esquistossomose é um problema que tem trazido certa preocupação a equipe de saúde do território. Nos últimos 11 meses foram registrados mais de 66 casos no território e em virtude da potencial letalidade da doença quando não diagnosticada precocemente viu-se a necessidade de desenvolver ações que busquem prevenir e combater a esquistossomose no território. Temos trabalhado com visitas domiciliares, com orientações, todavia acredita-se que as medidas ainda sejam insuficientes frente a verificação da existência do problema, justamente por isso a necessidade da intervenção frente a descrição do problema.

6.2 Explicação do problema selecionado

A esquistossomose trata-se de uma doença infecciosa parasitária provocada por vermes do gênero *Schistosom*, que em sua fase inicial permanece inicialmente assintomática, evoluindo posteriormente em formas clínicas extremamente graves. Tem nomes populares como “xistose”, “xistosa” “xistosomose”, “doença dos caramujos”, “barriga d’água” e “doença de Manson-Pirajá da Silva”. A transmissão é feita quando o homem entra em contato com águas superficiais onde existam caramujos, hospedeiros intermediários, liberando cercarias (BRASIL, 2008).

O diagnóstico é feito basicamente pela clínica e também laboratorial. Na clínica leva-se em conta a fase da doença (aguda ou crônica). O médico deve analisar o local de residência do usuário, principalmente se o mesmo vive numa região endêmica. A definição da doença se dá a partir de achados laboratoriais (BRASIL, 2014).

Em algumas formas clínicas é importantíssimo outras medidas de evidencia para a esquistossomose, principalmente nas formas hepatoesplênica (ultra-sonografia) e ressonância magnética para a mielorradiculopatia esquistossomótica. O tratamento é feito com praziquantel e a oxamniquina. As medidas adotadas por este projeto de intervenção estarão mais ligadas a questões de educação em saúde e prevenção (BRASIL, 2017).

Acredita-se que a gênese do problema esteja nos hábitos de consumo da água da população. Visto que, a água é o principal vetor para a transmissão da esquistossomose.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Em virtude das ações realizadas identificou-se os seguinte nós críticos:

- desconhecimento da população quanto as orientações passadas pela equipe de saúde sobre a esquistossomose e ações a serem realizadas;
- falta de apoio da secretaria de saúde as ações realizadas de combate a esquistossomose;
- falta de observação e adesão da comunidade as orientações relacionadas a esquistossomose;

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema “alta incidência de esquistossomose no território”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Vista Alegre Igreja Nova\Alagoas, deverão ser detalhados em quadros.

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ problemas de cognição e entendimento da população quanto as orientações passadas pela equipe de saúde sobre a esquistossomose e ações a serem realizadas”, relacionada ao problema “esquistossomose: ações de prevenção pela educação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Vista Alegre Igreja Nova\Alagoas

Nó crítico 1	Desconhecimento da população quanto as orientações passadas pela equipe de saúde sobre a esquistossomose e ações a serem realizadas;
6º passo: operação (operações)	Desenvolver capacitação com a equipe de saúde para melhorar a abordagem e retenção de conhecimentos da população sobre o problema;
6º passo: projeto	“Capacitação da Equipe para melhorar a abordagem e retenção de conhecimento da população”
6º passo: resultados esperados	Entendimento dos conceitos sobre a esquistossomose a 100% da equipe de saúde e maior absorção por parte da população;
6º passo: produtos esperados	Programa de capacitação da equipe sobre a esquistossomose;
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: entendimento da população e equipe de saúde dos conceitos a respeito da esquistossomose; Financeiro: apoio financeiro da secretaria de saúde em recursos materiais e humanos para realização da capacitação e demais ações com a população; Político: apoio da secretaria de saúde para realização das ações;
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: apoio financeiro da secretaria de saúde em recursos materiais e humanos para realização da capacitação e demais ações com a população; Político: apoio da secretaria de saúde para realização das ações
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: Médico e enfermeira; Motivação: favorável de ambos (Médico e Enfermeira); Ações de estímulos: realização das ações de capacitação, orientação, distribuição de material, visitas domiciliares, buscando diminuir a incidência/prevalência da esquistossomose no território;
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsável pelas ações: Médico e Enfermeira; Prazo: 60 dias;
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento: agenda e cronograma; Avaliação: parâmetros como satisfatório e insatisfatório; Correções: caso as etapas sejam consideradas insatisfatórias, volta-se ao anterior, analisa-se os erros e novamente desenvolve-se as ações; Coordenação geral: Médico e Enfermeira; Replanejamento: Médico e Enfermeira;

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “Falta de apoio da secretaria de saúde as ações realizadas de combate a esquistossomose ” relacionada ao problema “esquistossomose: ações de prevenção pela educação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Vista Alegre Igreja Nova\Alagoas

Nó crítico 2	Falta de apoio da secretaria de saúde as ações realizadas de combate a esquistossomose
6º passo: operação (operações)	Desenvolver uma relação (apresentação do projeto) com a secretaria de saúde no sentido de conseguir os apoios necessários para realização das ações;
6º passo: projeto	“Apoio Já”
6º passo: resultados esperados	Apoio da secretaria de saúde as ações realizadas;
6º passo: produtos esperados	Programa de apoio da secretaria de saúde as ações realizadas;
6º passo: recursos necessários	Político: apoio da secretaria de saúde para realização das ações;
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: apoio da secretaria de saúde para realização das ações;
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: Médico e enfermeira; Motivação: favorável de ambos (Médico e Enfermeira) além de apoio da equipe de saúde e comunidade; Ações de estímulos: ofícios, requerimentos, planos de ações que justifiquem a necessidade de ações de combate a esquistossomose no território;
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsável pelas ações: Médico e Enfermeira; Prazo: 30 dias;
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento: agenda e cronograma; Avaliação: parâmetros como satisfatório e insatisfatório; Correções: caso as etapas sejam consideradas insatisfatórias, volta-se ao anterior, analisa-se os erros e novamente desenvolve-se as ações; Coordenação geral: Médico e Enfermeira; Replanejamento: Médico e Enfermeira;

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falta de observação e adesão da comunidade as orientações relacionadas a esquistossomose”, relacionada ao problema “esquistossomose: ações de prevenção pela educação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Vista Alegre Igreja Nova\Alagoas

Nó crítico 3	Falta de observação e adesão da comunidade as orientações dadas;
6º passo: operação (operações)	Desenvolver ações de educação em saúde e orientações que possam estimular a observação e adesão da comunidade com relação ao problema;
6º passo: projeto	“Observação e Adesão da Comunidade”
6º passo: resultados esperados	Observação e Adesão de 90% da comunidade as orientações e ações de combate a esquistossomose;
6º passo: produtos esperados	Programa de adesão da população e combate a esquistossomose;
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: entendimento da população/comunidade dos conceitos a respeito da esquistossomose; Financeiro: apoio financeiro da secretaria de saúde em recursos materiais e humanos para realização das ações; Político: apoio da secretaria de saúde para realização das ações na comunidade;
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: apoio financeiro da secretaria de saúde em recursos materiais e humanos para realização das ações; Político: apoio da secretaria de saúde para realização das ações na comunidade;
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: Médico e enfermeira; Motivação: favorável de ambos (Médico e Enfermeira); Ações de estímulos: realização das ações com a comunidade ressaltando os benefícios; orientação, distribuição de material, visitas domiciliares, buscando diminuir a incidência/prevalência da esquistossomose no território;
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsável pelas ações: Médico e Enfermeira; Prazo: 120 dias;
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento: agenda e cronograma; Avaliação: parâmetros como satisfatório e insatisfatório das ações desenvolvidas na comunidade; Correções: caso as etapas sejam consideradas insatisfatórias, volta-se ao anterior, analisa-se os erros e novamente desenvolve-se as ações; Coordenação geral: Médico e Enfermeira; Replanejamento: Médico e Enfermeira;

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após apresentar esta proposta de intervenção percebe-se que esquistossomose, quando não dada a devida importância, pode transformar-se no território num problema de saúde pública.

Isso porque o município de Igreja Nova Alagoas apresenta uma estrutura de saneamento básico, de acesso a água tratada ainda muito precária, o que acredita ser a etimologia do problema. O banho e consumo de águas não apropriadas e infectadas.

No decorrer do trabalho desenvolvido (Projeto de Intervenção) percebeu-se que se desenvolvermos ações de prevenção e promoção de saúde com indivíduos do território pode-se diminuir radicalmente a quantidade de infectados. Contudo, ações macro do poder público também são exigidas, pois salvo isso não aconteça não conseguiremos atingir o problema na origem.

Além disso, aponta-se como grande contribuição do Projeto de Intervenção a capacitação da equipe de saúde, visto que muitos até conhecem a esquistossomose, mas não apresentam uma profundidade suficiente para orientar a população e trabalhar na prevenção deste agravo.

No mais acredita-se que as ações só tem a contribuir para as condições gerais da população, principalmente pelo fato da esquistossomose nas condições crônicas apresentar uma alta mortalidade, e ser uma doença de fácil eliminação se houver observação das orientações por parte da população.

REFERENCIAS

- AMARANTE, A. F. T. Controle de endoparasitoses dos ovinos. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE ZOOTECNIA. A produção animal na visão dos brasileiros. Piracicaba: FEALQ, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica . - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **VIGILÂNCIA DA ESQUISTOSSOMOSE MANSONI: Diretrizes técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume 3** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 mar 6]. Disponível em: https://www.hc.ufu.br/sites/default/files/tmp//volume_3_guia_de_vigilancia_em_saud_e_2017.pdf
- BRITO, Maria Isabelle Barbosa da Silva; SILVA, Maria Beatriz Araújo; QUININO, Louisiana Regadas de Macedo. Situação epidemiológica e controle da esquistossomose em Pernambuco: estudo descritivo, 2010-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.29, n. 2, 2019.
- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf. Acesso em: 14 set. 2020.
- COSTA, CS; ROCHA, AM; SILVA, GS; JESUS, RPFS; ALBUQUERQUE, AC. Programa de controle da esquistossomose: avaliação da implantação em três municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Saúde Debate** [Internet]. v.41, p. 229-241, 2017.
- DESCRITORES em Ciências da Saúde: DeCS.. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2019. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org> . Acesso em: 14 de set. 2020.
- E-SUS. **Ministério da Saúde**. 2020. Disponível em:< <http://187.92.206.250:8080/>> Acesso em: 18 de mai. 2020.
- FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Acesso em: 14 set. 2020.

FARIA, H. *et al.* **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. 93p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/processo-trabalho-saude-modelo-atencao-2017.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

GOMES, ECS; MESQUITA, MCS; REHN, VNC; NASCIMENTO, WRC; LOYO, R; BARBOSA, CS. Transmissão urbana da esquistossomose: novo cenário epidemiológico na Zona da Mata de Pernambuco. **Rev Bras Epidemiol** [Internet], v.19, n. 4, out-dez, 2016.

IGREJA NOVA. Prefeitura Municipal de Igreja Nova. 2020. Disponível em: <<http://www.igrejanova.al.gov.br/>> Acesso em: 14 set. 2020.

OLIVEIRA, ECA; PIMENTEL, TJF; ARAUJO, JPM; OLIVEIRA, LCS; FERNANDO, VCN; LOYO, RM; et al. Investigação sobre os casos e óbitos por esquistossomose na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, 2005-2013. **Epidemiol Serv Saúde** [Internet]. v. 27, n. 4, 2018.

VASCONCELOS, M.; G.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas educativas e tecnologias em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 59p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/praticas-educativas-tecnologias-saude.pdf>. Acesso em: 6 out. 2019.