

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

DYRLANNE MARCIA LOPES BASTOS

ENDEMIAS DE ESQUISTOSSOMOSE EM MICROÁREA DO MUNICÍPIO DE
SÃO JOSÉ DA LAJE/AL.

Maceió - AL

2014

DYRLANNE MARCIA LOPES BASTOS

**ENDEMIAS DE ESQUISTOSSOMOSE EM MICROÁREA DO MUNICÍPIO DE
SÃO JOSÉ DA LAJE/AL.**

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

Orientadora: Profa. Maria Edna Bezerra da
Silva

Maceió - AL

2014

DYRLANNE MARCIA LOPES BASTOS

**ENDEMIAS DE ESQUISTOSSOMOSE EM MICROÁREA DO MUNICÍPIO DE
SÃO JOSÉ DA LAJE/AL.**

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

Orientadora: Profa. Maria Edna Bezerra da Silva

Banca Examinadora:

Profa Maria Edna Bezerra da Silva (Orientadora)

Profa Ms ...

Aprovado em, ___/___/___ Belo Horizonte

RESUMO

O estudo da esquistossomose nasce da necessidade de se contribuir para a mudança de uma realidade adversa, em que há comprometimento significativo da saúde pública. O controle da esquistossomose, por sua vez, é complexo e a eficiência dos serviços de saneamento básico, educação sanitária, bem como outras medidas de cunho técnico-político, apresentam-se como elementos importantes no controle da doença ou de sua morbidade. Percebe-se ainda uma população carente de conhecimento, falta de saneamento básico e estrutura de encanamento de água. Foi por isso que o tema foi abordado e escolhido para se estruturar um plano de ação com intuito de identificar as condições geográficas para melhoria da atenção básica e da infraestrutura e promover a educação em saúde para alertar a população sobre transmissão, manifestações clínicas e tratamento. Com esse plano de intervenção, objetiva-se a redução da incidência, incentivo ao rastreamento, diagnóstico precoce e promoção à saúde, mudança na estrutura organizacional do saneamento básico e distribuição de água, além do tratamento dos casos já confirmados.

Palavras-chave: Incidência de Esquistossomose. Saneamento básico. Educação sanitárias. Atenção básica.

ABSTRACT

The Schistosomiasis study has been created to contribute to an adverse change of reality, in which there is significant impairment of health. The control of schistosomiasis, in turn, is complex and efficiency of basic sanitation, health education services, as well as other technical - political nature, appear as important elements in controlling the disease or morbidity. Still perceive a poor knowledge of the population, lack of sanitation and water pipe structure. That's why the issue was discussed and chosen to design an action plan with the aim of identifying the geographical conditions for the improvement of primary health care and infrastructure and promote health education to alert the public about transmission, clinical manifestations and treatment. With this intervention plan, the goal is to reduce the incentive for tracking incidence, early diagnosis and health promotion, change in organizational structure of sanitation and water supply, in addition to handling cases already confirmed.

Keywords: Schistosomiasis incidence. Sanitation health education. Primary care.

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1: Desenho de operações para os “nós críticos” do problema alta incidência da Esquistossomose no município de São José da Laje/AL – 2014.....	21
QUADRO 2: Recursos críticos para o problema Diagnóstico alta incidência da Esquistossomose no município de São José da Laje/AL – 2014.....	22
QUADRO 3: Elaboração do Plano Operativo.....	22
QUADRO 4: Elaboração do Plano Operativo.....	23

LISTA DE IMAGENS

IMAGEM 01: Mapa Alagoano demonstrando a localização do Município de São José da Laje.....	08
IMAGEM 02: Encanação de uma das casas da região de Caruru em São José da Laje.-.....	09
IMAGEM 03: Encanação de uma das casas da região de Caruru em São José da Laje.-.....	09
IMAGEM 04: Caramujos no local onde a água é retirada para o uso pelos moradores.....	10
IMAGEM 05: Esquema do ciclo de transmissão da esquistossomose.....	16

LISTA DE ABREVIATURAS

- 1 IDH** - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
- 2 SIAB** – sistema de atenção básica
- 3 ESF**- Estratégia saúde da família
- 4- PSF** – Programa Saúde da Família
- 5- IDEB**- Índice de Desenvolvimento de Educação Básica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVOS	13
5.1 Objetivos Gerais	13
5.2 Objetivos Específicos	13
4. METODOLOGIA	14
5. REVISÃO DE LITERATURA	15
6. PROPOSTA DE UM PLANO DE AÇÃO	21
6.1 Objetivo do plano	21
6.2 Passos	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

1 INTRODUÇÃO

Reconhecendo o Município de São José da Laje

Esse município está a 94,8 km de distância para a capital alagoana, localizado na 7ª Região, entre o vale do Paraíba e o vale do Mundaú. Faz parte da mesorregião do Leste Alagoano e da microrregião Serrana dos Quilombos, e tem como municípios limítrofes União dos Palmares, Ibateguara, Santana do Mundaú e Canhotinho (PE). É banhado pelo Rio canhoto, que desemboca no rio Mundaú.

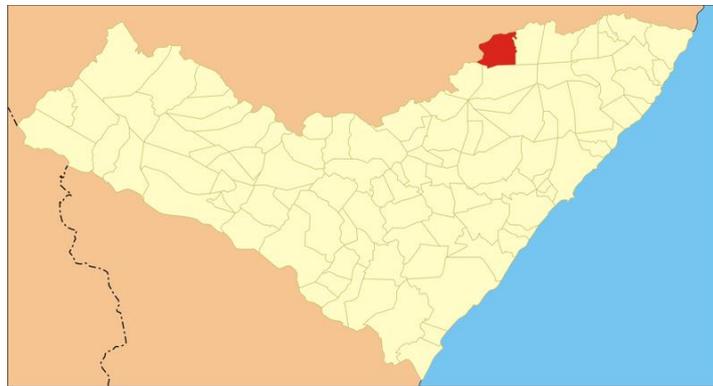


IMAGEM 01: Mapa Alagoano demonstrando a localização do Município de São José da Laje.

Sua área é de 257 km², apresentando uma concentração populacional de 90,53hab/km², distribuída em 4715 famílias e 5812 domicílios. Seu IDH é um dos mais baixos do Estado, 0,688, sua taxa de urbanização é de 67,83% e a renda familiar tem a seguinte distribuição: 10,3% tem renda familiar abaixo de 70 reais, 26,7% entre 70 e 140 reais e 63% acima de 140 reais. São José da Laje ainda conta com 62,7% das casas com abastecimento de água tratada e 66,1% de recolhimento do esgoto por rede pública. Suas principais atividades econômicas tem como a indústria de grande porte a Usina Serra Grande. Economicamente, vem a cana-de-açúcar, a pecuária e culturas diversificadas em pequeno porte.

O local estudado nesse município é a região coberta pelo PSF Caruru, que engloba três microáreas: Cavunga, Caldeirão e Caruru. Encontra-se 1191 pessoas cadastradas na zona rural, assentamentos/acampamentos, população remanescente de Quilombos. É uma região que vive da agropecuária e possui

uma baixa escolaridade, cerca de 67,89%, com uma taxa de abandono de 15,8, segundo dados do IDEB. Em relação ao saneamento básico, segundo dados do Perfil Municipal da Secretaria do Estado de Alagoas, 66,1% da região está coberta, o que não se observa quando se visita as residências, com esgotos a céu aberto.



IMAGEM 02: Encanação de uma das casas da região de Caruru em São José da Laje.



IMAGEM 03: Encanação de uma das casas da região de Caruru em São José da Laje.

Em relação à esquistossomose percebe-se que a incidência dessa patologia é bastante elevada, uma vez que essa região permeia o rio Canhotinho, fonte de água para banho, ingestão e preparo de alimentos. Além disso, falta conhecimento da população das formas de transmissão e gravidade dessa patologia, não havendo prevenção do ciclo de contágio.



IMAGEM 04: Caramujos no local onde a água é retirada para o uso pelos moradores.

O estudo da esquistossomose nasce da necessidade de se contribuir para a mudança de uma realidade adversa, em que há comprometimento significativo da saúde pública, induzido por esta doença e onde todos os esforços no sentido de conter seus efeitos junto à população se apresentam como lastro para o desenvolvimento de uma região e país.

O controle da esquistossomose é complexo e a eficiência dos serviços de saneamento básico, educação sanitária, bem como outras medidas de cunho técnico-político apresentam-se como elementos importantes no controle da mesma e de sua morbidade. Entretanto, fazem-se necessários, associado a essas medidas, novos estudos no sentido de melhor se conhecer a doença e a dinâmica das interações hospedeiro-parasita, como estratégia na busca de novos instrumentos de controle da esquistossomose, além do aprofundamento das ações educativas na busca do empoderamento da população, que a mesma lute por melhores condições sanitárias.

Percebe-se ainda, que os pacientes da Unidade pesquisada, geralmente procuram a Unidade de Saúde quando começam a ter uma sintomatologia mais grave, na sua forma crônica e com sequelas irreversíveis de seus órgãos.

Esse projeto de intervenção será baseado em um dos principais problemas observados na Unidade de Saúde em uma de suas microáreas, no município de São José da Laje: a Esquistossomose.

Como fazer um plano de intervenção em uma área com várias dificuldades? Foi algo que foi amplamente discutido com os gestores do Município em questão. Primeiro, seria necessário que houvesse a caracterização das condições locais de transmissão e controle dos hospedeiros intermediários, a detecção e tratamento dos portadores, por meio da busca ativa de casos e demanda passiva na rede de Atenção Básica.

Segundo ponto a ser abordado seria a execução de medidas de saneamento domiciliar e ambiental e educação em saúde das populações e a avaliação do impacto das ações de controle, essenciais para redução da incidência dessa doença.

2. JUSTIFICATIVA

São várias as condições que favorecem a instalação de focos de transmissão da doença: extensas áreas geográficas de distribuição dos caramujos hospedeiros intermediários, movimentos migratórios, de caráter transitório ou permanente, de pessoas procedentes de áreas endêmicas; deficiências no saneamento básico, domiciliar e ambiental; deficiências da educação em saúde das populações sob risco.

Diante do cenário epidemiológico apresentado pelo município de São José da Laje e das sequelas desta doença para os moradores, faz-se necessário efetivar um plano de ação em conjunto entre as Secretarias de Infra-Estrutura, a Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação para que todas as esferas fossem englobadas e, finalmente, o ciclo de transmissão fosse interrompido, melhorando a qualidade de vida da população. Além disso, é importante que haja inspeções periódicas das coleções hídricas para determinar a localização de moluscos hospedeiros, evitando assim controle de sua população sem que altere o equilíbrio do meio.

Outras medidas clínicas são igualmente necessárias como a identificação precoce de casos (sintomáticos e assintomáticos) e dos fatores que propiciaram a instalação de focos de transmissão da doença, promovendo o tratamento dos casos e subsidiando o desencadeamento de medidas eficientes e definitivas para impedir a transmissão autóctone da doença. Assim, todo caso confirmado de esquistossomose diagnosticado deverá ser notificado à Vigilância Epidemiológica.

Com isso, espera-se que o ciclo de transmissão seja interrompido, enfim, e haja a redução dos novos casos dessa doença e os casos confirmados sejam tratados e acompanhados.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Elaborar um plano de intervenção com vistas a implementar ações educativas que promovam o conhecimento e sensibilização da população quanto a importância da melhoria do saneamento básico e distribuição da água na região como requisitos para evitar a Esquistossomose; além da conscientização da população sobre as formas de transmissão.

3.2 Objetivos Específicos:

- a) Identificar as condições geográficas para melhoria da atenção básica e da infraestrutura no município;
- b) Promover a educação em saúde para alertar a população sobre transmissão, manifestações clínicas e tratamento.

4. METODOLOGIA

A primeira etapa foi a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência, para isso foi coletado pela equipe de saúde, dados referente à saúde da população, condições sócio econômicas, condições de moradia e saneamento básico. As informações foram analisadas cuidadosamente. Foi possível conhecer melhor as condições de saúde e risco da população. As principais dificuldades vivenciadas pela equipe no dia a dia ao prestar assistência à saúde da população.

Entre estes problemas mais prevalentes, o que chamou mais a atenção foi a elevada prevalência de Esquistossomose e a falta de saneamento básico, que agrava tal situação, aliada a baixa escolarização e o desconhecimento de conceitos básicos dessa doença por meio população.

Diante desse fato foi priorizado implementar um plano de intervenção com vistas a implementar ações educativas que promovam o conhecimento e sensibilização da população sobre essa patologia, a importância da melhoria do saneamento básico e distribuição da água na região como requisitos para evitar a Esquistossomose; além da conscientização da população sobre as formas de transmissão.

A segunda etapa foi subsidiar o referencial teórico sobre o tema proposto, realizando uma revisão narrativa da literatura por meio de levantamento bibliográfico de textos, livros, artigos científicos coletados nas bases LILACS, MEDLINE e SCIELO, utilizando-se os seguintes descritores: Incidência de Esquistossomose, Educação Sanitária, Saneamento Básico, Ação em Saúde e Atenção Básica.

O plano de intervenção utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES) que permite a contribuição de toda equipe multidisciplinar contando assim, com enfermeiro, médico, psicólogo, nutricionista, além dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Também foram envolvidas as secretarias de infra-estrutura, educação e saúde.

5. REVISÃO DE LITERATURA

A esquistossomose mansônica, também conhecida como “xistose”, “xistosa”, “xistosomose”, “doença dos caramujos” ou “barriga d’água”, é uma doença parasitária causada pelo *Schistosoma mansoni*, com evolução clínica que pode variar desde formas assintomáticas até quadros graves (SOUZA *et al*, 2011).

É doença de transmissão hídrica, dependente da existência de hospedeiros intermediários, caramujos que liberam cercárias, e está relacionada a deficiências no saneamento básico, tais como despejo de dejetos humanos sem tratamento em córregos, rios, lagoas ou outras coleções hídricas (PORDEUS, *et al*, 2008 e REY, 1992).

O parasito, por sua vez, pertence à família Schistosomatidae, sendo a espécie causadora da esquistossomose no Brasil. O *S. mansoni* possui um ciclo de vida com dois estádios distintos que alternam gerações entre um hospedeiro intermediário e um hospedeiro definitivo (SOUZA *et al*, 2011).

As espécies envolvidas na transmissão da doença no Brasil são: *Biomphalaria glabrata*, *B. straminea* e *B. tenagophila*. Estas espécies diferem na maneira como infectam, incluindo o período compreendido entre a penetração da larva e oviposição, localização final no hospedeiro, número médio de ovos produzidos pelos pares de vermes, tamanho e morfologia dos ovos e reações inflamatórias que induzem no hospedeiro (SOUZA *et al*, 2011).

Os ovos de *S. mansoni* que serão eliminados pelas fezes do hospedeiro contaminado, eclodem nas coleções hídricas, liberando larvas ciliadas (miracídeos) que infectam o hospedeiro intermediário (caramujo), que, depois de quatro a seis semanas, irão ficar livres novamente, na forma de cercárias, podendo contaminar qualquer pessoa que entrar em contato com água contaminada. Após cerca de cinco semanas da infecção, o indivíduo contaminado pode excretar ovos viáveis de *S. mansoni* nas fezes, reiniciando o ciclo de transmissão (PORDEUS *et al*, 2008; SOUZA *et al*, 2011).

Cadeia de transmissão da esquistossomose

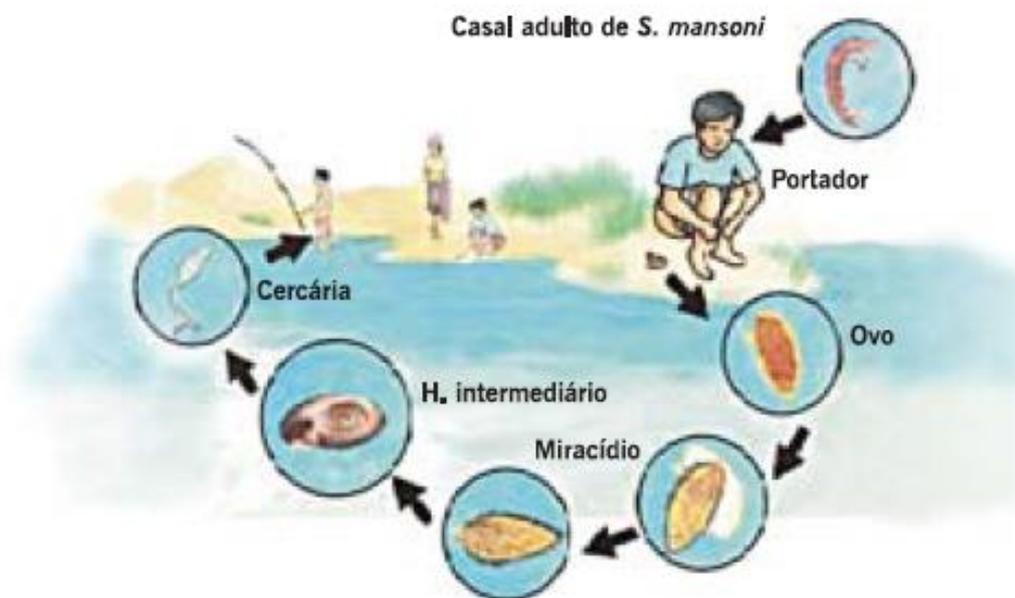


IMAGEM 05: Esquema do ciclo de transmissão da esquistossomose.

A infecção humana pelo *S. mansoni* induz diferentes manifestações clínicas características. Estudos anátomo-clínicos de Bogliolo (2011) mostram que existem diferenças significativas entre os indivíduos portadores das várias formas clínicas da esquistossomose mansoni, nas fases aguda e crônica.

A doença geralmente inicia com a penetração da cercária na pele, que pode ser assintomática ou com intensa manifestação pruriginosa – dermatite cercariana, caracterizada por micropápulas “avermelhadas” semelhantes a picadas de insetos, com duração, em geral, de 24 a 72 horas, podendo chegar até 15 dias. Após esse evento, começa a fase aguda cerca de um a dois meses, caracterizada por sintomas inespecíficos, como febre, cefaléia, anorexia, náusea, astenia, mialgia, tosse e diarreia.

Nesse período, pode-se encontrar ao exame físico o fígado e o baço palpáveis, uma vez que podem apresentar um aumento discreto de volume. Além disso, nessa fase, o indivíduo pode apresentar um sensível comprometimento do seu estado geral, podendo, em alguns casos, evoluir ao óbito. (PORDEUS *et al*, 2008; BATISTA *et al*, 2000).

Em áreas endêmicas, geralmente, esse quadro florido não é encontrado, uma vez que, desde a infância, os indivíduos estão em contato com a cercaria.

Logo, acabam desenvolvendo uma certa resistência, e neles, a fase aguda pode passar despercebida. Após seis meses de infecção o paciente pode evoluir para a fase crônica dessa patologia (SOUZA *et al*, 2008)

A fase crônica apresenta-se sob as formas clínicas intestinal, hepatointestinal e hepatoesplênica. A forma intestinal é a mais frequentemente encontrada em pacientes cronicamente infectados. Nesta forma, os sintomas são geralmente brandos: com perda de apetite e dispepsia e desconforto abdominal (SAVIOLI *et al*, 1997). Embora não existam estudos detalhados relacionados à forma hepatointestinal, pacientes portadores dessa forma clínica apresentam uma hepatomegalia não associada à esplenomegalia (BATISTA *et al*, 2000).

A forma hepatoesplênica caracteriza-se pelo aumento considerável do baço e do fígado. Na forma hepatoesplênica compensada, as lesões hepáticas caracterizam-se por fibrose periportal com vários graus de obstrução dos ramos intra-hepáticos da veia porta. Na forma hepatoesplênica descompensada, o quadro clínico é caracterizado pela fibrose periportal podendo resultar no bloqueio da microcirculação, hipertensão porta e desenvolvimento de circulação colateral. Esta manifestação acomete uma porcentagem pequena da população infectada, variando de 1 a 10%, dependendo da área de estudo (SOUZA *et al*, 2011; BATISTA *et al*, 2000).

O diagnóstico, por sua vez, será feito com um exame parasitológico de fezes, preferencialmente, o método quantitativo (Kato-Katz), ou pelo qualitativo (método de Lutz), colhendo-se 3 (três) amostras consecutivas com o intervalo máximo de 10 dias entre a primeira e a última coleta. Contudo, esses exames podem ser poucos sensíveis em pacientes com baixas cargas parasitárias. Logo, nos casos fortemente suspeitos, quando os resultados das 3 (três) primeiras amostras forem negativos, deve-se repetir mais uma série de 3 (três) amostras, sendo também recomendável a utilização de exame sorológico complementar para auxiliar no diagnóstico (PORDEUS *et al*, 2008; BATISTA *et al*, 2000).

Outro exame que poderá ser considerado é a biópsia retal, apesar de não recomendada na rotina, quando necessária, pode ser de utilidade no

diagnóstico, especialmente em casos com repetidos exames parasitológicos negativos (PORDEUS *et al*, 2008).

Em relação ao tratamento no Brasil, atualmente, é realizado com um fármaco de baixa toxicidade, o praziquantel, via oral, dose única, dependente do peso do paciente. O tratamento é recomendado para todos os pacientes que não tenham contraindicação clara ao seu uso (SOUZA *et al*, 2011).

O acompanhamento de cura terá que ser realizado a partir do 4º mês após o tratamento por exames parasitológicos de fezes. Essa verificação de cura não deve ser feita antes do 4º mês porque, nesse período, a ausência de ovos pode ser devida à inibição temporária da oviposição das fêmeas ou ao seu deslocamento para longe da mucosa intestinal. Dessa forma, a verificação de cura deverá ser feita no 4º e 5º mês após o tratamento, ou seja, mesmo que no 4º mês o resultado das 3 amostras seja negativo, deve-se repetir o exame no 5º mês. Permanecendo negativo o indivíduo estará curado. O indivíduo que no 4º ou 5º mês após o primeiro tratamento, tiver resultado positivo (presença de ovos viáveis), deverá ser tratado novamente (PORDEUS *et al*, 2008; SOUZA *et al*, 2011).

Em caso de resultados positivos após o 6º mês do tratamento, em indivíduo que tenha permanecido em contato com os focos de transmissão da doença, será mais indício de reinfecção, do que devido ao fracasso do tratamento (PORDEUS *et al*, 2008).

Uma forma importante de evitar a propagação do ciclo é garantir que um paciente assintomático que teve contato em área endêmica não é portador. Para isso, faz-se necessário que se realize o exame de fezes. Contudo, esses pacientes podem ter uma baixa carga parasitária, o que dificultaria o diagnóstico. Do ponto de vista individual, esses indivíduos precisam ser tratados, pois podem evoluir com a forma grave da doença, com um desfecho pouco favorável. Em relação ao coletivo, esses vão ser responsáveis pela manutenção da propagação da forma de transmissão ativa de esquistossomose (SOUZA *et al*, 2011; BATISTA *et al*, 2000).

Uma das formas que auxiliam na interrupção da transmissão dessa doença é a Vigilância Epidemiológica, com a identificação precoce de casos (sintomáticos e assintomáticos) e dos fatores que propiciaram a instalação de

focos de transmissão da doença, promovendo o tratamento dos casos e subsidiando o desencadeamento de medidas eficientes e definitivas para impedir a transmissão autóctone da doença (BRASIL, 2005; BRASIL, 1998).

O principal objetivo do controle dos focos de transmissão das áreas vulneráveis e endêmicas é impedir a perpetuação da cadeia ou reemergência da patologia. A atuação consiste em identificar os casos precoces, por meio da busca ativa e da notificação dos casos confirmados e pela caracterizando as condições de transmissão, executando-se medidas ambientais para impedir a disseminação da doença (BRASIL, 2005; LAMBERTUCCI *et al*, 2005).

Em relação à questão ambiental, as ações em educação em saúde favorecem a reflexão sobre o que é ecologicamente saudável, uma vez que a sociedade busca apenas o desenvolvimento econômico sem avaliar as consequências com o ambiente. Esse tipo de intervenção é importante, uma vez que faz com que as pessoas pensem na forma de garantir a dignidade do indivíduo a partir de elementos teóricos e preservação do meio ambiente. Pensando nisso, deve-se avaliar como essa educação permita contribuir para a proteção e promoção em saúde de forma integral para as comunidades, tentando desenvolver uma consciência ecológica. (CECILIO *et al*, 2003)

Segundo CARVALHO *et al* (2008), as práticas educativas devem se alicerçar-se em ações multidisciplinares, reunindo preblemas socioambientais com a prevenção e solução. Deve-se trazer esse pensamento para a patologia estudada, uma vez que é necessário resolver como irá alterar o curso do problema da prevalência com as devidas metas dessa prática. O mesmo autor ainda nos mostra em seu artigo que o trabalho em equipe e a formação de condutas conscientes, relacionadas com valores pessoais como respeito e cidadania, são essenciais para a sustentabilidade sócio-ambiental. Logo, a educação é essencial para que haja atitude ética perante a questão ambiental.

A equipe da atenção básica deve se preocupar com o bem-estar do indivíduo, de sua família e da sua comunidade, considerando ainda que o ambiente é um fator relacionado à saúde humana. Esses profissionais devem ainda estimular a população a ter uma reflexão crítica para uma mudança comportamental e fazer com que eles estejam comprometidos com a saúde ambiental. (CECILIO *et al*, 2003)

Após essa reflexão, conclui-se que a Esquistossomose é uma doença endêmica em todo território nacional e necessita de intervenção para interromper a propagação do seu ciclo de transmissão e assim conseguir controlar e, por fim, erradicar os casos existentes.

6. PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção, segundo Cecílio(2003), deve permitir o encontro entre os processos negociados e os objetivos a serem alcançados, respaldado no planejamento estratégico situacional, que estabelece que ações são necessárias a longo e curto prazo, considerando-se a viabilidade do plano e os resultados desejados. O primeiro passo do plano de ação é identificar o nó crítico, o problema a ser priorizado, levando-se em consideração a governabilidade para atuar na resolução do mesmo.

a. Objetivos do plano:

Implementar ações educativas que promovam o conhecimento e sensibilização da população quanto a importância da melhoria do saneamento básico e distribuição da água na região como requisitos para evitar a Esquistossomose; além da conscientização da população sobre as formas de transmissão.

b. Passos:

Elaboração do plano de intervenção
Estudo da área a ser discutida
Discussão com Secretaria de Saúde e de Infra-estrutura sobre possíveis intervenções
Discussão com Secretaria de Educação sobre elaboração de atividades educativas e de material didático para distribuição nas escolas
Realização de atividades educativas na área de Caruru para conscientização da população quanto a prevenção e transmissão.
Visitas nas escolas para atividades e palestras sobre a doença.
Mutirão para busca ativa de novos casos de Esquistossomose e pacientes que não fizeram o exame de controle de cura.
Avaliação dos resultados obtidos.

Quadro 1: Desenho de operações para os “nós críticos” do problema alta incidência da Esquistossomose no município de São José da Lage/AL – 2014

Nó crítico	Elevada incidência da Esquistossomose
Projeto	Desenvolvimento de ações educativas para conscientizar a população quanto ao ciclo de transmissão da doença, importância do saneamento básico e tratamento da água para prevenção; além disso, destacar o diagnóstico precoce e tratamento dos casos confirmados para diminuir os casos confirmados.
Resultados esperados	Redução na incidência da Esquistossomose e interromper o ciclo de transmissão, promovendo a educação em saúde.
Produtos esperados	Redução do transmissor na área estudada com o objetivo de interromper de uma vez o ciclo da Esquistossomose.
Recursos necessários	Palestras informativas, elaboração de folhetos, orientação em consultas médicas. Ação conjunta de três esferas do governo municipal: Secretaria de Saúde, Secretaria de Infra-Estrutura e Secretaria de Educação. Financiamento municipal nas obras de saneamento básico de toda a região de Caruru, Cavunga e Caldeirão, para o abastecimento de água e rede de esgoto.

Quadro 2: Recursos críticos para o problema Diagnóstico alta incidência da Esquistossomose no município de São

José da Lage/AL – 2014

Projeto	Recursos críticos
Desenvolvimento de ações educativas para conscientizar a população quanto a importância do saneamento básico e tratamento da água.	Recursos financeiros para confecção de material explicativo; Disponibilidade de espaços para palestras; Articulação da comunidade e Secretarias de Educação, Infra-estrutura e Saúde.
Rodas de conversa – luta por saneamento básico	Disponibilidade dos profissionais de saúde para orientar esses grupos; Inspeções periódicas das coleções hídricas para determinar a localização de moluscos hospedeiros.

Quadro 3- Elaboração do Plano Operativo

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL
Elaboração de atividades educativas sobre o ciclo de transmissão e sobre a importância do saneamento básico;	Conscientização da população quanto sua importância.	Disponibilidade dos profissionais de saúde para orientar esses grupos;	Realização de atividades educativas na área de Caruru para conscientização da população quanto a prevenção e transmissão.	Profissionais de saúde e da educação em conjunto com as respectivas Secretarias.
Mutirão para busca ativa de novos casos de Esquistossomose e pacientes que não fizeram o exame de controle de cura.	Redução da perpetuação do ciclo de transmissão.	Disponibilidade dos profissionais da saúde para rastrear o campo.	Realização de exames de fezes com três amostras.	Secretaria de Saúde e profissionais de saúde.
Visitas nas escolas para atividades e palestras sobre a doença.	Conscientização das crianças e adolescentes.	Disponibilidade das escolas, professores e profissionais de saúde.	Confecção de material educativo para distribuição.	Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação.

Quadro 4- Elaboração do Plano Operativo

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de Esquistossomose no Município é elevada e por isso que esse Plano de Ação foi criado. As dificuldades são ainda um cenário existente. Contudo, os primeiros passos para colocar em ação foi feito, educação em saúde por meio de palestras e distribuição de material educativo na Unidade de Saúde e em escolas já estão sendo realizados. O diagnóstico precoce por meio de ações para realizar exame parasitológico de fezes na população é outra medida que é executada pelos profissionais de saúde.

Ainda há um longo caminho a ser trilhado para redução significativa da prevalência dessa patologia. Ainda falta interesse político para construção da rede de escoamento do esgoto na região e a distribuição da água potável. Esses últimos serão os mais árduos a se executar. A integração entre as Secretarias de Saúde e de Infra-Estrutura ainda é incipiente.

Entretanto, espera-se que sejam ainda sensibilizadas as esferas que governam a região e o resultado desse plano de ação possa, enfim, ser alcançado e a doença seja controlada, seja em relação ao ciclo de transmissão, seja por meio do diagnóstico precoce e tratamento dos casos confirmados.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) – Coordenadoria do Controle de Doenças. Vigilância Epidemiológica e Controle da Esquistossomose: Normas e Instruções Controle da Esquistossomose do Estado de São Paulo/PCE-SP, versão 2007.
2. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Controle da esquistossomose: manual de diretrizes técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica e controle da mielorradiculopatia esquistossomótica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. CARVALHO OS (org) et al. Schistosoma mansoni e esquistossomose: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
6. CARVALHO ICM. As transformações na esfera pública e a ação ecológica: ecológica e política em termos de crise na modernidade. Ver Bras Educ 2006; 11(32): 1413-78.
7. CECÍLIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2003.
8. LAMBERTUCCI JR. SILVA LCS, Voietta I. Esquistossomose mansônica. In: Coura JR, (editor). Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 931-44.
9. MAHMOUD AAF. Esquistossomose e outras infecções por trematódeos. In: Fauci AS, Braunwdd E, Kasper DL, et al. (editors). Harrison Medicina Interna. 17ª ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2008. p. 1330-

10. PORDEUS LC, AGUIAR LR, QUIRINO LRM, et al. A ocorrência das formas aguda e crônica da esquistossomose mansônica no Brasil no período de 1997 a 2006: uma revisão de literatura. *Epidemiol Serv Saúde* 2008;17(3):163-75
11. PRATA A. Esquistossomose Mansonii. In: Foccacia R, (Editor). Veronesi: tratado de infectologia. 3ª ed. Vol 2. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 1697-722.
12. REY L. Parasitologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992.
13. ROSS AG, BARTLEY PB, SLEIGH AC, et al. Schistosomiasis. *N Engl J Med* 2002;346(16):1212-20.
14. BATISTA RS, GOMES AP, QUINTAS LEM, et al. Esquistossomoses humanas. In: Siqueira-Batista R, Gomes AP, Igreja RP, et al. (editores). *Medicina tropical. Uma abordagem atual das doenças infecciosas e parasitárias*. 1ª ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2000. p. 251-72.
15. SOUZA FPC, VITORINO RR, COSTA AP, et al. Esquistossomose mansônica: aspectos gerais, imunologia, patogênese e história natural. *Rev Bras Clin Med* 2011;9(4):300-7.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

**Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde**

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA