

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ADIANET HERNANDEZ ROJAS

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

MACEIÓ – AL.

2016

ADIANET HERNANDEZ ROJAS

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA VOLTADA PARA PREVENÇÃO DAS
PARASITOSEs INTESrINAIs, EM ESPECIAL ESQUISTOSSOMOSE,
NO MUNICÍPIO DE JUNDIÁ - AL**

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

Orientadora: Prof. ^a Polyana Oliveira Lima

MACEIÓ – AL

2016

ADIANET HERNANDEZ ROJAS

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

Banca examinadora

Examinador 1: Polyana Oliveira Lima – UFMG

Examinador 2 – Juliana Enders Lisboa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte 11 de março de 2016.

Dedico este trabalho

À comunidade de JUNDIÁ, que me acolheu e apoiou no meu trabalho.

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

A minha família que é fonte permanente de apoio e amor incondicional em todos os momentos da minha vida.

AGRADEÇO

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

À minha orientadora Prof.^a Polyana Oliveira Lima, pela dedicação, paciência e por ter acreditado na realização deste trabalho.

À minha equipe de saúde, pela ajuda incondicional.

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

RESUMO

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

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

ABSTRACT

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

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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
CONTEXTO DE ESTUDO: MUNICIPIO JUNDIA-AL.....	9
Aspectos Demográficos	9
Índice de desenvolvimento humano municipal.....	10
Saneamento Básico	12
Educação	13
Recursos da comunidade.....	14
Sistema Municipal de saúde	14
Atividades de saúde desenvolvidas	14
Dados Epidemiológicos.....	15
3 JUSTIFICATIVA	16
4 OBJETIVO.....	17
5 METODOLOGIA.....	18
6 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

estados das regiões nordeste e sudeste, acometendo cerca de seis milhões de pessoas (OLIVEIRA et al., 2008).

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

CONTEXTO DE ESTUDO: MUNICÍPIO JUNDIA-AL.

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

Aspectos Demográficos

Quadro 1: Distribuição da população segundo faixa etária, Jundiá- AL, 2015.

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

Fonte DAB-DATASUS, Secretaria Municipal de Jundiá-AL, 2015.

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

Quadro 2: Distribuição da população por sexo e idade, Jundiá-AL, 2015.

Município de Jundiá-AL											
Total de população		4.517.									
Nº de indivíduos	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	Total
Masculino	13	113	64	103	213	258	836	261	222	210	2.293
Femenino	8	118	73	129	215	271	754	273	184	218	2.243
TOTAL	21	231	137	232	428	529	1.590	534	406	428	4.536

Fonte: DAB-DATASUS MUNICIPAL DE JUNDIA.2015

Observa-se na tabela 2 pequenas diferenças entre a população masculina e feminina, nas diferentes faixas etárias. A faixa etária que predominou foi de 20 a 39 anos e o sexo masculino.

Quadro 3: Distribuição de população por zona de residência. Município Jundiá. 2015.

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

Fonte: SIAB.2014

Índice de desenvolvimento humano municipal

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

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

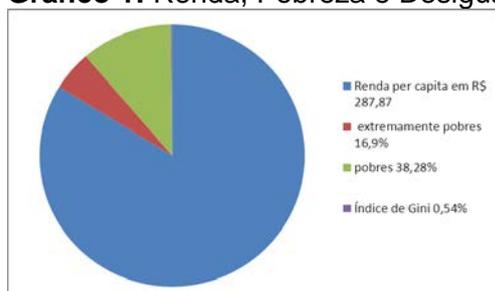
A renda per capita média de Jundiá cresceu 111,32% nas últimas duas décadas, passando de R\$133,86 em 1991 para R\$126,24 em 2000 e R\$282,87 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de -5,69% no primeiro período e 124,07% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$70,00, em agosto de 2010) passou de 33,90% em 1991 para 36,02% em 2000 e para 16,90% em 2010. A desigualdade aumentou: o Índice de Gini passou de 0,46 em 1991 para 0,49 em 2000 e para 0,54 em 2010 (BRASIL, 2013). Jundiá ocupa a 5002ª posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 5001 (89,87%) municípios estão em situação melhor e 563 (10,12%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 102 outros municípios de Alagoas, Jundiá ocupa a 52ª posição, sendo que 51 (50,00%) municípios estão em situação melhor e 50 (49,02%) municípios estão em situação pior ou igual (BRASIL, 2013).

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

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

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Grafico 1: Renda, Pobreza e Desigualdade – Jundiá – AL ano 2010.



Fonte: Pnud, Ipea e FJP.2010

Quadro 5: Porcentagem da Renda Adequada por Estratos da População - Jundiá – AL.

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

Fonte: Pnud, Ipea e FJP.2010

Saneamento Básico

A estrutura de saneamento básico em nossa área de abrangência é razoavelmente boa, consta-se com coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências. Vale lembrar que a área de abrangência é urbana e rural. Tem famílias em situações precárias de moradia. A tabela 6 sintetiza a informação sobre a situação do saneamento básico no município:

Quadro 6: Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água, instalação sanitária e coleta de lixo, Jundiá-AL, 2015.

Abastecimento da água	Quantidade de Casa	%
Rede publica	489	37.7
Poço ou nascente	801	61.85
Outros	5	0.39

Fonte: DAB-DATASUS Secretaria Municipal de Saúde, JUNDIA.2015

A água bruta que chega a ETA do município de Jundiá é captada da nascente por gravidade. Esta captação fica a 6 km de distância da ETA. A maior porcentagem corresponde a água de poço ou nascente, por tanto isso pode provocar alto índice de doenças parasitárias e de transmissão digestiva.

Quadro 7: Recolhimento de esgoto. Município jundiá 2015 e % de recolhimento de esgoto por rede pública.

Destino Fezes/Urina	Quantidade de casa	%
Sistema de esgoto	21	1.62
Fossa	703	54.29
Céu aberto	571	44.09

Fonte: DAB-DATASUS secretaria municipal de saúde, JUNDIA.2015

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

Educação

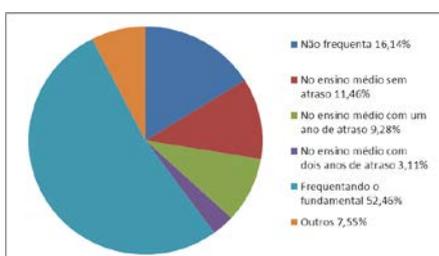
Segundo dados da Secretaria Municipal de Educação de Jundiá, 78,28% dos habitantes são alfabetizados. No entanto, observa-se um número elevado de pessoas analfabetas acima de 60 anos, principalmente na zona rural (SME, JUNDIÁ, 2014). A proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação, como podemos ver nos gráficos 2 e 3 (BRASIL, 2013)

Gráfico 2: Frequência escolar de 6 a 14 anos - Jundiá - AL – 2010



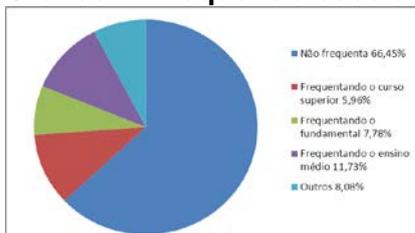
Fonte: atlas Brasil 2010

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



Fonte: atlas Brasil.2013

Gráfico 4: Frequência escolar de 18 a 24 anos - Jundiá - AL – 2010



Fonte: atlas Brasil.2013

Recursos da comunidade

Não há Hospital no município, somente laboratório para coletas das mostras, duas unidades básicas de Saúde e uma secretaria de saúde onde se coordenam todas as consultas com especialistas da atenção secundária e terciária. Contamos com sete igrejas na área central da cidade e quatorze na zona rural, três escolas na zona urbana, treze na área rural e uma Creche, uma operadora telefônica; uma agência dos Correios, que funciona como ponto para transações bancárias; um banco postal e uma casa lotérica.

Sistema Municipal de saúde

No município de Jundiá não existe Hospital, há apenas um Laboratório de análises clínicas, duas Unidades Básicas de Saúde e a Secretaria de Saúde, sendo responsável pelo direcionamento das consultas da atenção primária para especialistas da atenção secundária e terciária. Quase a totalidade da população é dependente do SUS. A atenção básica se organiza segundo as diretrizes do Programa Saúde da Família. A população é assistida pelas Unidades Básicas PSF I e PSF II, responsáveis, respectivamente, por seis e sete micro áreas. Como o município é pequeno, a população é atendida pelos dois PSFs com uma cobertura de 100%. Além disso, conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). No município não existe Centro de Apoio psicossocial (CAPS) e nem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Os casos de emergência são encaminhados para um posto de apoio (posto de saúde), na zona urbana, localizado próximo à Unidade Básica PSF I.

Atividades de saúde desenvolvidas

A Unidade Básica PSF II, na qual atuo como médica generalista, está localizada na área rural da cidade, e é composta por 14 profissionais são eles: 1 médico generalista do Programa Mais Medico(PMM), 1 Enfermeira, 7 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar de enfermagem; além de 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário, 1 atendente de saúde e 1 auxiliar de serviços gerais. Os casos destinados à atenção secundária são encaminhados para os hospitais de referência nas seguintes cidades de Alagoas: Joaquim Gomes, Colônia Leopoldina, e União dos Palmares, pois no município de Jundiá não há hospital. Porém, na maioria das

vezes, os pacientes preferem ser encaminhado para o hospital de Palmares, município próximo que pertence ao Estado de Pernambuco. Não há no município o sistema de contra referência dos encaminhamentos; as gestantes de risco habitual são encaminhadas ao Hospital de Joaquim Gomes, já as de alto risco são levadas para o Hospital Universitário de Maceió. Os serviços de ultrassom, RX, mamografias, interconsultas com especialistas, dentre outros 20 procedimentos, também são realizados em Maceió. No município são realizados ECG e ECO com acompanhamento e consulta com Cardiologista. A Equipe do NASF é composta por um Educador Físico, dois Fisioterapeutas, um Nutricionista, e um Psicólogo. O município conta também com as especialidades, em casos de encaminhamentos: psicologia, nutrição, cardiologia, gineco-obstetra, mastologia, psiquiatria e fisioterapia.

Dados Epidemiológicos

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB,2013), o município cadastrou em 2013, 366 portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS), 82 de diabetes, nenhum de tuberculose e de dengue (SIAB, 2014).

As principais causas de internação em 2014, segundo dados do SIH/DATASUS (2013) foram: complicações da diabetes mellitus, AVC e câncer.

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

A cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 100% (VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE JUNDIÁ, 2014).

3 JUSTIFICATIVA

O presente projeto justifica-se pela caracterização sócio-econômica-cultural da população do município de Jundia a mesma apresenta maus hábitos de higiene e ambientais, principalmente pelas condições climáticas e pela falta de saneamento básico na região. Este panorama contribui para o aumento do número de atendimentos por parasitismo intestinal na unidade de saúde. A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, sendo assim, acreditamos que possamos melhorar as condições higiênicas, por sua vez a incidência das doenças infecciosas provocadas por parasitas intestinais e esquistossomose, por meio de um projeto de intervenção na área adstrita da unidade de saúde. São dificuldades que extrapolam a unidade de saúde. Requer ações intersetoriais que atreladas a políticas públicas e a mudanças socioculturais, serão capazes de mudar a realidade do município no tocante à incidência da esquistossomose na região.

4 OBJETIVO

Reduzir as parasitoses intestinais especialmente esquistossomose na área de abrangência da Unidade Básica PSF-II, Jundiá-AL.

5 METODOLOGIA

A apropriação dos conteúdos oferecidos pela disciplina “Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde”, do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, foi fundamental para dar início ao Plano de Intervenção. Por meio do diagnóstico situacional de saúde (Estimativa Rápida), foi possível identificar os 6(seis) principais problemas existentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde PSF-II, do município de Jundiá,-AL: incidência de parasitoses intestinais incluindo a esquistossomose; incidência de infecções respiratórias agudas; alto índice de hipertensão arterial; doenças mentais; alcoolismo e outras drogas; e acidentes. Dentre eles, considerando a magnitude e a possibilidade de se amenizar a situação na região, foi definido “incidência de parasitoses intestinais incluindo a esquistossomose” como o foco de intervenção. Feito isto, partiu-se para busca de publicações que pudessem dar sustentação teórica ao assunto estudado. Neste caso, foram consultados artigos de periódicos, nacionais e internacionais, livros textos, dissertação de mestrado e publicações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Os temas utilizados para guiar o levantamento bibliográfico foram: doenças parasitárias; verminoses; esquistossomose e educação em saúde. Sendo assim, fizeram parte da Revisão Bibliográfica 23(vinte e três) publicações.

6 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Contextualizando algumas parasitoses intestinais

“[...]Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dos 3,5 bilhões de habitantes de áreas de risco possivelmente, 450 milhões estejam doentes”. (NUNES, 2012, p.12).

“[...]Em um estudo multicêntrico realizado em escolares de 7 a 14 anos cobrindo 10 estados brasileiros, 55,3% dos estudantes foram diagnosticados com algum tipo de parasitose sendo que a ascaridíase, tricuriíase e a giardíase apresentaram uma distribuição mais regular[...].” (ROCHA,2000, p.432)

A infecção parasitária é quase sempre negligenciada os indivíduos permanecem parasitados de forma silenciosa por longos anos, o que causa sérios problemas, principalmente nas crianças, nas quais a evolução da infecção pode determinar desde quadros assintomáticos até falta de apetite, seguida por emagrecimento e diarreia (VARGAS et al., 2004; ORLANDI et al., 2001 apud NUNES 2012, p.12).

Quanto aos fatores associados,

“A prevalência de infecções por parasitos intestinais é um dos melhores indicadores do status socioeconômico de uma população” (ASTAL, 2004 apud BELO, 2011,p.196) e ‘pode estar associada a diversos determinantes, como instalações sanitárias inadequadas, poluição fecal da água e de alimentos consumidos, fatores socioculturais, contato com animais, ausência de saneamento básico, além da idade do hospedeiro e do tipo de parasito infectante’ (GAMBOA et. al., 2003 apud BELO, 2011,p.196).

A transmissão das enteroparasitose ocorre, na maioria dos casos, por via oral passiva, vinculada a áreas cujas condições higiênicas sanitárias são precárias e à falta de tratamento adequado de água e esgoto, o que facilita a disseminação de ovos e cistos.

De acordo com alguns autores as parasitoses intestinais representam um sério problema de saúde pública, onde são consideradas como indicadores o nível socioeconômico, as condições precárias de saneamento básico e os hábitos de higiene inadequados (ALVES, 1998; MACHADO, 1999 apud NUNES, 2012, p.13).

“A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou, em 1987, que mais de 900 milhões de pessoas no mundo estavam infectadas pelo *Ascaris lumbricoides*, 900 milhões por ancilostomídeos e 500 milhões por *Trichuris trichiura*[...]” (OMS, 1994 apud BASSO *et al.*, 2008, p.263).

De acordo com Melo *et al.* (2004) apud Nunes, (2012, p.13) a maioria dos parasitos não determina quadro clínico característico, mas a história do paciente pode auxiliar o médico na elaboração da impressão diagnóstica. A identificação do parasita em fezes, sangue, tecidos e em outros líquidos do organismo auxilia, na maioria das vezes, o diagnóstico etiológico.

“Ainda segundo os autores, o exame complementar mais utilizado é o parasitológico de fezes[...]” (MELO *et al.*, 2004 apud Nunes, 2012, p.13). ‘Deste modo, para a manutenção da saúde e prevenção de doenças, principalmente as parasitoses em uma população, faz-se necessário rever as condições de saneamento básico, regras básicas de higiene, cuidado com os alimentos e com a água, cuidados com o solo, tratamento de indivíduos acometidos com a doença e principalmente orientação a essa população, pois se sabe que os aspectos socioeconômicos e culturais estão diretamente relacionados à saúde da população’ (ALVES, 2000 apud NUNES, 2012, p.14).

“A ascaridíase, a ancilostomíase e a tricuriase representam as parasitoses intestinais mais freqüentes no país [...]” (Rey, 2001 apud ALVES 2003, p.668).

Segundo Silva *et. al.*, (1997), as parasitoses mais frequentes nos humanos e na população brasileira são as seguintes:

Amebíase: Parasita conhecido por *Entamoeba histolytica* (protozoário amebiano). Transmitida através da ingestão de alimentos contaminados com cistos de ameba. Os indivíduos com amebíase intestinal têm disenteria amebiana, podendo apresentar excreções com ou sem sangue; fora do intestino, o parasita penetra em outros órgãos, como os pulmões e a pele, mas atingem principalmente o fígado, ocasionando assim processos inflamatórios e necróticos. A profilaxia nesse caso é o saneamento básico adequado, com a cloração da água e programas sobre educação sanitária. (apud NUNES, 2012, p.16-17)

Ancilostomíase: Conhecido também como Amarelão, seu parasita é o *Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus* (vermes nematelmintos). A transmissão ocorre por meio da penetração das larvas na pele humana; acarreta ao

homem uma forte anemia, ressaltando que a gravidade do caso dependerá do grau de manifestação. O indivíduo acometido pela ancilostomíase apresenta palpitações cardíacas, vertigens, como também distúrbios gástricos. A prevenção para ancilostomíase é o saneamento básico juntamente com a educação sanitária, utilizar calçados, uma vez que as larvas penetram através da pele. (apud NUNES, 2012, p.17)

Ascaridíase: “Dentre as enteroparasitoses, a ascaridíase é a helmintíase de maior prevalência no mundo acometendo cerca de 30% da população mundial” (COSTA-MACEDO, 1999; CRUA, 2003 apud NUNES, 2012, p.16).

Ainda em Macedo, 1999; Crua, 2003 quanto a ascaridíase,

O seu parasita é o *Ascaris lumbricoides* (conhecido como Lombriga). A transmissão do parasita ocorre através da ingestão de água e alimentos contaminados com ovos do mesmo. Os doentes apresentam irritação brônquica, uma vez que as larvas migram para os pulmões causando processos inflamatórios desse tipo. Os vermes adultos, quando instalados no intestino do indivíduo provocam cólicas abdominais, náuseas; causa também irritação no sistema nervoso. Nesses casos é necessário o saneamento básico e a educação sanitária para que dessa forma evite-se contaminação dos ovos provenientes de coliformes fecais de indivíduos infectados. (apud NUNES, 2012, p.17).

Cisticercose: Causada pela larva do parasita *Taenia solium* (Solitária). A doença pode ocorrer de duas formas: autoinfecção e heteroinfecção. A primeira é decorrente da ruptura de anéis da tênia no intestino do indivíduo, liberando assim o embrião, enquanto a segunda acontece pela ingestão de água, frutos e legumes contaminados por ovos da *Taenia solium*. Os sintomas da doença são: dores e fraqueza na musculatura e no tecido subcutâneo, podendo ocasionar a cegueira, como também epilepsia. A prevenção para evitar a contaminação nesses casos é saneamento básico adequado, associado a educação sanitária, além de consumir carne de porco bem cozida. (apud NUNES, 2012, p.17)

• **Teníase:** Conhecida também como Solitária, o seu transmissor é o parasita *Taenia saginata* e *Taenia solium*. A teníase é transmitida pela ingestão de carne bovina e suína contaminada pelas larvas de tênia. O indivíduo contaminado com o verme adulto pode apresentar bulimia, como também pode ocorrer anorexia, náuseas, vômitos, fadiga e fraqueza. A prevenção para esse tipo de doença é o saneamento

básico juntamente com programas de educação sanitária. Ingerir carnes bovinas e suínas bem cozidas. (apud NUNES, 2012, p.18)

- **Enterobíase:** Causada pelo *Enterobius vermicularis* é uma parasitose cosmopolita, atingindo preferencialmente crianças, sobretudo quando em grupamentos. É comum o acometimento de vários membros da família, pois os ovos podem sobreviver vários dias no meio ambiente (BRASIL, 2006).

Os vermes localizados na região anal e perianal podem causar prurido, que é o sintoma predominante, principalmente à noite, levando o paciente a um quadro de insônia e nervosismo. As fêmeas podem entrar na vagina e, subsequentemente, no útero ou nas trompas uterinas onde morrem (BRASIL, 2009).

A desintegração do verme morto e a liberação dos ovos contidos no útero resultam em reação inflamatória, podendo haver a formação de granulomas em redor dos ovos neste local. A presença dos vermes nos órgãos genitais femininos pode levar à vaginite e, muito raramente, à endometrite, salpingite e ooforite (DUNCAN; SCHMIDT; GIULIANE, 2004).

Esquistossomose: algumas considerações

De acordo com Alves (2003) apud Nunes (2012, p.17-18)

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

Segundo Gazzinelli *et al.*, (2002) apud Nunes (2012) A área endêmica para esquistossomose, no nosso país, se encontra em expansão, abrange 19 estados com habitantes exposto ao risco de infecção é de quase 26 milhões. Para os órgãos

públicos a transmissão se dá através da água e está ligada às condições de saneamento e condições sociais da população localizada em área endêmica. Portanto, embora há tratamento eficiente a esquistossomose tem difícil controle e exige atuação dos serviços de saneamento, educação e outras medidas de responsabilidade técnico-político.

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

Ações educativas no combate e na prevenção das parasitoses intestinais.

A educação em saúde visa esclarecer à comunidade que a saúde resulta de vários fatores como ambiente, educação, alimentação, condições de trabalho, habitação, saneamento básico, transporte, lazer.

Os estudos acerca da importância das abordagens educativas em saúde no controle da esquistossomose destacam que os programas de prevenção devem envolver ações diversas, como a formação de profissionais na área da educação e da saúde e propostas de integração entre as ações dos serviços públicos e da sociedade civil organizada. (OLIVEIRA, *et.al.*, 2008, p.2)

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O referido plano de intervenção deu início com o levantamento das prioridades, classificados os nós-críticos por ordem de prioridade. Neste contexto foi possível traçar um diagnóstico situacional e através do método de estimativa rápida e observou-se a alta incidência de parasitismo intestinal e esquistossomose.

Quadro 8: Principais problemas de saúde identificados na área de abrangência da Unidade Básica PSF II, Jundiá- AL, 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de parasitismo intestinal incluindo Esquistossomose	ALTA	7	PARCIAL	1
Alta incidência de infecções respiratórias agudas	ALTA	5	PARCIAL	2
Alto índice de Hipertensão Arterial	ALTA	5	PARCIAL	2
Doenças mentais	ALTA	4	PARCIAL	3
Alcoolismo	ALTA	4	PARCIAL	4

Fonte: Dados da autora (2015).

O quadro a seguir mostra o quantitativo de parasitismo intestinal conforme o levantamento feito através da análise durante as consultas médicas e de enfermagem.

Quadro 9: Consultas atendidas na atenção básica, por meses, com diagnóstico de parasitoses intestinais/esquistossomose, Jundiá-AL, 2015.

Meses	Total de Consultas	Parasitismo Intestinal	%	Esquistossomose	%
Janeiro	472	68	14.4	26	5.5
Fevereiro	485	54	11.1	18	3.7
Março	298	36	12.1	14	4.7
Abril	312	60	19.2	20	6.4
Maior	337	66	19.6	16	4.7
Junho	320	49	15.3	10	3.1
TOTAL	2224	333	14.9	104	4.7

Fonte: Dados da autora(2015).

O Quadro 9 confirma a alta incidência da parasitose intestinais e esquistossomose no município. Ou seja, das 2.224 consultas realizadas no período de janeiro a junho de 2014, na atenção básica, 333 (14,9%) tiveram o diagnóstico de parasitose intestinal, sendo 104 de esquistossomose; o que justifica o interesse por este assunto e

reintera a classificação de área endêmica ao município. Vale ressaltar, que na área de abrangência da Unidade Básica PSF-II a população não tem acesso à água tratada; muitas famílias utilizam reservatórios. A água utilizada para uso próprio e para preparo dos alimentos é filtrada ou clorada (adição de hipoclorito de sódio), ou não passa por nenhum tipo de tratamento. A água para realização das tarefas domésticas é retirada de rio que banha a região. As pessoas também usam esta água para banhar-se ou lazer. Vale informar que neste rio é desprezada grande parte do lixo da cidade. Neste sentido, acreditamos que um plano de intervenção voltado para população adscrita à unidade de saúde, com enfoque na educação, poderia contribuir para melhorar o nível de conhecimento dos sujeitos a respeito dos fatores que contribuem para ocorrência das parasitoses intestinais, principalmente a esquistossomose, dos efeitos que a doença pode ocasionar no indivíduo, e sobre as medidas de proteção.

Operacionalização

Definido o problema de saúde “incidência de parasitoses intestinais incluindo a esquistossomose”, por meio do diagnóstico situacional realizado na Unidade Básica PSF-II Jundiá-AL, conforme já apresentado, partiu-se para o desenho das operações do Plano de Intervenção, bem como resultados e produtos esperados. Vale acrescentar que, o “nó crítico” do problema são as condições higiênicas pessoais e do ambiente inadequadas. Isto posto, o plano de intervenção ou plano de ação visa traçar as estratégias para definir os pontos que devem ser melhorados em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Para obter as informações, utiliza-se a Estimativa Rápida como um método que contribui para a operacionalização dos princípios da equidade, da participação e da intersetorialidade, envolvendo a população na identificação de suas necessidades. Além dos atores sociais, as autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais; examinando os registros existentes nos prontuários, entrevistando líderes da comunidade e fazendo observações sobre as condições de vida dos grupos populacionais (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Desenho das operações

Quadro 10: Desenho das operações para o “nó-crítico 1” do problema: falta de higiene pessoal e condições de moradia deficiente, na área de abrangência do PSF-II, Jundiá-AL.

Nó-crítico 1	Higiene pessoal e das moradias deficiente.
Operações	+ Saúde. Modificar hábitos higiênicos das pessoas e condições higiênicas das moradias.
Resultados esperados	Melhora em um 30 % da higiene pessoal e nas moradias no prazo de um ano.
Produtos	Programas de higienização meio ambiental na comunidade. Campanhas educativas realizada pela equipe básica de saúde. Campanha educativa na rádio comunitária e publicidade de volante.
Recursos Necessários	Organizacional: Para organizar realização de palestras sobre hábitos higiênicos adequados para evitar parasitismo intestinal. Cognitivo: Informação sobre o tema e capacitação do pessoal encarregado das atividades. Político: Garantir transporte e alimentação as pessoas encarregadas de fazer palestras e atividades de promoção de saúde nas diferentes comunidades. Conseguir espaço na rádio comunitária com apoio das figuras políticas. Financeiro: aquisição de folhetos educativos e outros recursos materiais necessários.
Responsável	Equipe e comunidade
Prazo	2 meses

Quadro 11: Desenho das operações para o “nó-crítico 2” do problema: consumo de água não tratada na zona rural, na área de abrangência do PSF-II, Jundiá-AL.

Nó-crítico 2	Consumo de água não tratada na zona rural.
Operações	Viver melhor. Oferecer água tratada a maior parte da população da zona rural.
Resultados esperados	Garantir consumo de água tratada a um 60 % das comunidades rurais.
Produtos	Levar água tratada as comunidades que ainda não possuem e oferecer outras formas do tratamento da água.
Recursos Necessários	Organizacional: Para organizar realização de palestras sobre importância de consumir água tratada e formas de fazê-lo. Organizar visitas da companhia de saneamento básico. Político: Mobilização social, articulação Intersetorial.
Responsável	Equipe
Prazo	2 meses

Quadro 12: Desenho das operações para o “nó-crítico” 3 do problema: nível de informação deficiente sobre as causas de parasitismo intestinal incluindo a esquistossomose, na área de abrangência do PSF-II, Jundiá-AL.

Nó-crítico 3	Nível de informação deficiente sobre as causas de parasitismo intestinal incluindo esquistossomose.
Operações	Saber + Aumentar o nível de informação sobre parasitismo intestinal e esquistossomose.
Resultados esperados	População mais informada sobre parasitismo intestinal e esquistossomose.
Produtos	Conhecer o nível de informação da população sobre parasitismo intestinal. Capacitação dos ACS e líderes formais e informais. Palestras na unidade básica de saúde.
Recursos Necessários	Cognitivo: Conhecimento e capacitação sobre o tema e sobre estratégias de comunicação. Organizacional: Organizar palestras na unidade básica de saúde e nas zonas rurais. Político: Organização intersetorial e mobilização social. Financeiro: Para aquisição de folhetos. Para alimentação e transporte das pessoas encarregadas das palestras e trabalhos nas zonas rurais.
Responsável	Equipe
Prazo	3 meses

Quadro 13: Desenho das operações para o “nó-crítico 4” do problema: processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema, na área de abrangência do PSF-II, Jundiá-AL.

Nó-crítico 4	Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema.
Operações	Linha do cuidado. Implantar linha de cuidado para pacientes com parasitismo intestinal, esquistossomose e as complicações.
Resultados esperados	Cobertura de 100 % da população com risco de parasitismo intestinal e esquistossomose.
Produtos	Recursos humanos capacitados e habilitados. Linha do cuidado para esquistossomose e parasitismo intestinal.
Recursos Necessários	Cognitivo: Elaboração de projeto de trabalho. Organizacional: Organização da agenda de trabalho. Político: Articulação Intersetorial, Inter disciplinaria e mobilização social. Financeiro: Aumento da oferta de exames diagnósticos.
Responsável	Equipe
Prazo	3 meses.

Quadro 14: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema Incidência de parasitoses intestinais incluindo a esquistossomose, Jundiá-AL.

Operação projeto.	Recursos críticos.
+ Saúde	Político: Transporte e alimentação as pessoas encarregadas de fazer palestras e atividades de promoção de saúde nas diferentes comunidades. Conseguir espaço na rádio comunitária. Mobilização social e articulação intersetorial. Financeiro: Aquisição de folhetos educativos e outros recursos materiais necessários. Compra de produtos para eliminação de vetores e roedores.
Viver melhor.	Organizacional: Organizar visitas da companhia de saneamento básico. Político: Mobilização social, articulação intersetorial
Saber +	Político: Apoio intersetorial e mobilização social. Financeiro: Para aquisição de folhetos. Para alimentação e transporte das pessoas encarregadas das palestras na zona rural.
Linha do cuidado.	Político: Articulação intersetorial e mobilização social. Financeiro: Aumento da oferta de exames diagnósticos.

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

- Quais são os atores que controlam 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.

A motivação de um ator pode ser classificada como:

- Favorável.
- Indiferente.
- Contrária.

Quadro 15: Mostra a proposta de ações para motivação dos autores envolvidos.

Operações Projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
+ Saúde. Modificar hábitos higiênicos das pessoas e condições higiênicas das moradias.	Político: Garantir transporte e alimentação as pessoas encarregadas de fazer palestras e atividades de promoção de saúde nas diferentes	Secretário de saúde.	Favorável	Não são necessárias.
		Prefeito do município.	Favorável	
		Setor de comunicação	Favorável	

Modificar o modo e estilo de vida das pessoas.	comunidades. Mobilização social em torno das questões, articulação intersectorial. Conseguir espaço na rádio comunitária. Financeiro: Aquisição de folhetos educativos e outros recursos materiais necessários. Garantir compra de produtos para eliminação de vetores e roedores e aquisição de folhetos educativos.	ção social. Técnica de higiene e vigilância epidemiológica.	Favorável	
Viver melhor. Oferecer água tratada a maior parte da população da zona rural.	Organizacional: Organizar visitas da companhia de saneamento básico. Político: Mobilização social, articulação intersectorial	Secretário de saúde. Prefeito do município. Técnica de vigilância epidemiológica.	Favorável Favorável Favorável	Não são necessárias.
Saber + Aumentar o nível de informação sobre parasitismo intestinal e esquistossomose.	Político: Apoio intersectorial e mobilização social. Financeiro: Para aquisição de folhetos. Para alimentação e transporte das pessoas encarregadas das palestras na zona rural.	Secretário de saúde. Prefeito do município.	Favorável Favorável	Apresentar projeto de trabalho. Apoio dos setores sociais.
Linha do cuidado. Implantar linha de cuidado para pacientes com parasitismo intestinal, esquistossomose e as complicações.	Político: Articulação intersectorial e mobilização social. Financeiro: Aumento da oferta de exames	Secretário de saúde. Prefeito do município.	Favorável Favorável	Apoio dos setores sociais.

Quadro 16: Plano operativo “**Mais Saúde**”

Operações.	+ Saúde. Modificar hábitos higiênicos das pessoas e condições higiênicas das moradias. Modificar o modo e estilo de vida das pessoas
Resultados.	Melhora em um 30 % da higiene pessoal e nas moradias no prazo de um ano.
Ações estratégicas.	Programas de higienização meio ambiental na comunidade rural. Palestras na Unidade Básica de Saúde. Campanha educativa na rádio comunitária e publicidade de volante.
Responsável	Equipe de saúde e Vigilância epidemiológica.
Prazo.	3 meses para início das atividades.

Quadro 17: Plano operativo “**Viver Melhor**”

Operações.	Viver melhor. Oferecer água tratada a maior parte da população da zona rural.
Resultados.	Garantir consumo de água tratada a um 80 % das comunidades rurais.
Ações estratégicas.	Levar água tratada as comunidades que ainda não possuem o tratamento adequado.
Responsável	Prefeito do município.
Prazo.	Acompanhamento a cada 3 meses.

Quadro 18: Plano operativo “**Saber +**”

Operações.	Saber + Aumentar o nível de informação sobre parasitismo intestinal e esquistossomose.
Resultados.	População mais informada sobre parasitismo intestinal e esquistossomose
Ações estratégicas.	Avaliação do nível de informação da população sobre parasitismo intestinal, capacitação dos ACS e palestras na unidade básica de saúde.
Responsável	Equipe e coordenação da atenção básica.
Prazo.	Início em 2 meses e terminação em 12 meses.

Quadro 19: Plano operativo “**Linha do cuidado**”

Operações.	Linha do cuidado. Implantar linha de cuidado para pacientes com parasitismo intestinal, esquistossomose e as complicações.
Resultados.	Cobertura de 100 % da população com risco de parasitismo intestinal e esquistossomose.
Ações estratégicas.	Recursos humanos capacitados para Linha do cuidado.
Responsável	Equipe e Coordenadora de atenção básica.
Prazo.	Início em dois meses, terminação em 12 meses.

Gestão do plano de intervenção

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

Recursos materiais e serviços de apoio

Os agentes envolvidos nas ações serão a ESF (PSF-2) 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.

Avaliação e acompanhamento do Plano de Intervenção.

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

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças transmitidas por parasitas são gerenciadas pelos órgãos públicos, uma vez que cabe ao Governo implantar o saneamento básico na sociedade, seja na zona urbana ou rural, bem como elaborar projetos e programas sociais para que a população se conscientize da necessidade de seguir medidas de higiene. A literatura consultada neste trabalho discorre que uma das formas para prevenção e controle das parasitoses intestinais, principalmente a esquistossomose, é por meio de saneamento básico juntamente com programas de educação sanitária voltados para população. Pensando assim, o nosso Plano de Intervenção está focado em ações educativas, que acreditamos ser uma das formas de mudar a realidade de saúde do Município de Jundiá, Alagoas. As ações educativas organizadas de forma coletiva e em parceria com outros profissionais e segmentos da sociedade, como escolas, igrejas, associações de bairros, comércio e indústria, órgãos públicos, dentre outros, podem contribuir para mudança do panorama de saúde no município. Sabemos de antemão que é muito difícil mudar hábitos culturais arraigados nas pessoas através dos tempos. Consideramos “nó crítico” de nosso problema de saúde as condições higiênicas pessoais e do ambiente inadequadas. A higiene pessoal, dos alimentos e do ambiente, tratar, filtrar e ferver a água para consumo, lavar as mãos antes das refeições, após o uso do sanitário e destino adequado do lixo, são medidas simples e eficazes na prevenção e controle das parasitoses intestinais. No entanto, estes hábitos, só serão possíveis através da conscientização das pessoas. Mudar comportamento envolve vontade, desejo, persistência e exemplo. Podemos destacar aqui a Escola, enquanto espaço social, nossa grande aliada na promoção e prevenção em saúde. Ao trabalharmos com os alunos acerca de medidas para controle das parasitoses intestinais, evidenciando a esquistossomose, podemos nos aproximar mais das famílias. Os alunos são nossos protagonistas na reprodução de informações e do conhecimento e na formação de opiniões. São modelos para a família e toda comunidade.

Não podemos deixar de pontuar também o papel importante dos Agentes Comunitários de Saúde, por nos trazerem as informações dos contextos das famílias e da comunidade e, juntos, pensarmos alguma forma de ajudá-las, com orientações de saúde, estimulando o autocuidado e o exercício da cidadania. A busca por melhores condições de sobrevivência e de saúde é um direito de todos. Assim, este

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

REFERÊNCIAS

ALAGOAS, Secretaria Municipal. Dados do município – DAB/DATASUS. Jundiá, Alagoas, 2014-2015.

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

ALVES, J. R. et al. Parasitoses intestinais em regiões semi-áridas do nordeste do Brasil: resultados preliminares distintos das prevalências esperadas. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.19, n.2, p.667-70, 2003.

BASSO, R. M. C. et al. Evolução da prevalência de parasitoses intestinais em escolares em Caxias do Sul. **Rev. Soc. Brasil. Med. Tropical**, v.41, n.3, p.62-66, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v41n3/a08v41n3.pdf>>. Acesso em: 11 Fev. 2016.

BELO, S. V. et.al., Fatores associados à ocorrência de parasitoses intestinais em uma população de crianças e adolescentes. **Rev Paul Pediatr** 2012;30(2):195-201. : Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), São João del-Rei, MG, Brasil. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/07.pdf>>. Acesso em: 29 Fev. 2016.

BRASIL, IBGE. Dados do Município Jundiá, Alagoas, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de saneamento**. Publicações Técnicas e Científicas. Brasília: MS/FNS, 2006.

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

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD. Índice de desenvolvimento humano – IDH. Atlas, 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P. S.; SANTOS, A. M. Elaboração do plano de ação. In: **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. Ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

CAÑETE, R. et al. **Parasitosis intestinales en niños asistentes a centros educacionales del municipio San Juan y Martínez.** Boletín Medicina General Integral, v.8, n.3, p.8, 2004.

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

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

OLIVEIRA, T. F. de et. al., Educação e controle da esquistossomose em Sumidouro (RJ, Brasil): avaliação de um jogo no contexto escolar. **Rev. Brasil. Pesq. Educ. Ciências**, v.8, n.3, s/p, 2008. Disponível em: <<http://revistas.if.usp.br/rbpec/article/viewFile/43/36>>. Acesso em: 01 Fev.2016.

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

ROCHA, R. S. et al. Avaliação da esquistossomose e de outras parasitoses intestinais, em escolares do município de Bambuí, Minas Gerais. **Rev. Soc. Bras. Medicina Tropical.** Uberaba, v.33, n.5, p.431-436, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v33n5/3122.pdf>> Acesso em:10 Jan. 2016.