

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

**RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ABORDAGEM DA
ESQUISTOSSOMOSE COM A EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA-
BRUMADINHO, MG**

Andréa Cristiane Lopes da Silva

Brumadinho – Minas Gerais

2012

Andréa Cristiane Lopes Da Silva

**RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ABORDAGEM DA
ESQUISTOSSOMOSE COM A EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA-
BRUMADINHO, MG**

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

Orientação: Leonardo Caçado M. Savassi

Brumadinho – Minas Gerais

2012

Andréa Cristiane Lopes da Silva

**RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ABORDAGEM DA
ESQUISTOSSOMOSE COM A EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA-
BRUMADINHO, MG**

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

Orientação: Leonardo Cançado M. Savassi

Banca Examinadora

Prof. Leonardo Cançado M. Savassi (orientador)

Profª Eulita Maria Barcelos – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte 27/10/2012.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de uma campanha sobre esquistossomose com a participação de toda a equipe de saúde da família. A metodologia utilizada foi a revisão da literatura e o relato de uma experiência exitosa de campanha realizada para a educação para a sociedade adscrita, prevenção, diagnóstico e tratamento dos pacientes pela equipe de saúde da família. Os objetivos foram relatar um formato de educação comunitária realizada pela equipe de saúde da família, apresentar um projeto piloto para outras campanhas a serem realizadas dentro da unidade de Saúde e revisar a literatura em busca de relatos. Inicialmente os funcionários foram treinados para depois fazer a campanha porta a porta por cada área adscrita das unidades Programa da Saúde da Família (PSF) Jota e PSF Eixo Quebrado (situados na zona urbana e rural de Brumadinho). A idéia se moldou pela realidade do Município, via parcerias com o Laboratório de análises clínicas, Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) e Vigilância Sanitária (VISA) local. Após o processo educativo interno, seguiram-se orientações a usuários e familiares. O projeto apresentado se mostra como uma alternativa no combate desta doença tão comum no estado de Minas Gerais.

Palavras-chave: Esquistossomose. Saúde Pública. Campanha. Educação em Saúde

ABSTRACT

The aim of this work was to report experiences related to a campaign about Schistosomiasis , with participation of all family health team. The methodology used was the literature review and the report of a successful campaign experience made to educate the adjoined community, and offer prevention, diagnose and treatment of the patients by the family health team. The aims were to report a community education format, done by the family health team, to present a pilot project to other campaigns to be done inside the health unit and to review the literature in search of similar reports. There was the training of the staff, and then the door to door campaign in each medical center adjoined area in the neighborhoods Jota and Eixo Quebrado (both located in the city of Brumadinho-MG). The idea came from the reality in the municipality, via partnerships with the clinical analyses laboratory, the Schistosomiasis Control Program and the local Health Surveillance. After the educational process, there were some orientations to patients and their families. The process reported appears as an alternative to fight this illness, so frequent in Minas Gerais.

Keywords: Schistosomiasis. Public Health. Campaign. Health Education

Dedico este trabalho à minha família.

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes de Brumadinho por confiarem no meu trabalho e participarem ativamente de todas as atividades que propomos, e pelo incentivo associado ao trabalho árduo de todos os funcionários do PSF JOTA e PSF EIXO QUEBRADO que com certeza sem vocês eu não conseguiria concretizar este sonho e este trabalho.

LISTA DE FIGURAS

Apêndice 1- Figura dos folhetos explicativos	33
Apêndice 2 – Equipes do PSF Jota e Eixo Quebrado	34
Apêndice 3 – Frascos a serem colhidos pela Vigilância Sanitária.....	34
Apêndice 4 – Funcionários da Equipe trabalhando	35

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS.....	12
3	MATERIAIS E MÉTODOS	13
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
5	RELATO DE EXPERÊNCIA.....	24
6	DISCUSSÃO	27
7	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS.....	30
	APÊNCICES	32

1 INTRODUÇÃO

Contextualizando o município onde foi realizado o trabalho, Brumadinho é um Município grande em extensão territorial 640 Km quadrados, com grande área rural, cercada por rios e numerosas e belas cachoeiras. Possui 34.391 habitantes. As Unidades de Saúde Jota e Eixo Quebrado (Programa de Saúde de Família em que atuo) possui 2.293 habitantes em uma região centralizada de Brumadinho, dividida em 6 micro áreas, sendo que uma delas se localiza em um pequeno povoado chamado Eixo Quebrado a 14 km do PSF Jota. Um dos grandes problemas da cidade é a Esquistossomose e com base nisto é que promovemos esta campanha de prevenção da Esquistossomose entre todos os membros adscritos na unidade e com a colaboração de todos os funcionários da unidade. Tínhamos uma demanda de consultas por dor abdominal, outras de pacientes que já tiveram a doença a mais tempo e queriam verificar se houve contaminações ou cura, outra demanda dos que queriam orientações pois freqüentavam os rios e cachoeiras locais e também aqueles pacientes sem queixas mas tinham familiares afetados e queriam verificar se também eram portadores assintomáticos da doença.

Segundo o DATASUS, (BRASIL 2006) houve 214 casos novos e notificados em todo o estado mineiro e sendo que no Brasil foram notificadas neste mesmo ano 42.004 casos com os primeiros sintomas da doença. Segundo uma estimativa do Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac” que o Brasil tenha de seis a oito milhões de portadores da esquistossomose mansônica (SÃO PAULO, 2007). Segundo o mesmo estudo os estados endêmicos mais afetados são Bahia, Rio Grande do Norte, Espírito Santo Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Alagoas e Minas Gerais. Os índices de prevalência mais elevados ocorrem em municípios dos estados de Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Minas Gerais. Os estados com distribuição focal são Pará, Maranhão, Ceará, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Durante o período em que estive fazendo a Especialização em atenção básica em Saúde da Família sempre se enfatizou que havia a necessidade e importância do trabalho em equipe, o envolvimento dos funcionários com a comunidade e a

organização de campanhas efetivas que fogem de do padrão tradicional dos famosos e de eficácia questionável “grupos de diabéticos e hipertensos”. Principalmente quando eu realizava as matérias que abordavam a “assistência em saúde” juntamente com a enfermeira também da minha equipe fomos inspiradas com um problema que se mostrava freqüente na nossa demanda diária: a esquistossomose. Queríamos fazer uma proposta diferente, eficaz e de acordo com os moldes propostos nos módulos e nos encontros presenciais da especialização. Daí surgiu a proposta de fazer uma campanha eficaz, envolvendo toda a equipe, fazendo parcerias e a idéia foi se moldando de acordo com a realidade do Município. Procuramos parceria com o Laboratório de análises clínicas, o Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) e a Vigilância Sanitária local. Este trabalho objetiva relatar todo o processo de diagnóstico, prevenção, propeidêutica e educação por parte de todos os membros da equipe do PSF.

O contexto do paciente portador de esquistossomose em Brumadinho geralmente é um paciente assintomático ou oligossintomático com relato de sintomas bem generalizados como tonteira, dor de cabeça ou dor abdominal leves por gases ou constipação, que nem sempre podemos correlacionados com certeza a esquistossomose como a causadora. Segundo estatística da VISA, no Município não temos formas graves da doença com ascites volumosas, ou formas hepato-esplênicas graves. Alguns destes mesmos pacientes portadores, nos relatam nas consultas que após o tratamento tiveram melhora de um desses sintomas como dor abdominal ou mesmo aumento do apetite.

A campanha educativa se destinou a elaborar estratégias para aumentar o nível de conhecimento dos funcionários e habitantes em relação à doença, estabelecer metas de tratamento , acompanhamento a partir de uma Campanha de Projeto Piloto em relação à esquistossomose, a partir do levantamento do número de contaminados. Propomos uma campanha contra a Esquistossomose, sendo portanto um projeto piloto que fosse utilizado como modelo para outras campanhas nas unidades básicas do município como também seria possível a reprodução inclusive em outras cidades. Este projeto piloto foi organizado em parceria com a Vigilância Sanitária de Brumadinho. Ela não se presta a fazer o diagnóstico situacional do PSF Jota em relação à esquistossomose.

2 OBJETIVO

Relatar uma experiência de uma Campanha realizada pelas equipes de Saúde de Família Jota e Eixo Quebrado no município de Brumadinho – MG.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada pesquisa bibliográfica, com a busca dos artigos por meio dos bancos de dados Medline e Lilacs, utilizando as palavras chaves: saúde pública, campanha, esquistossomose. Foram incluídos neste estudo, apenas os artigos disponíveis em texto completo, com limite dos idiomas em português e inglês e que descrevessem estudos somente dos casos de esquistossomose. A busca foi complementada com consulta a livros, linhas-guia e documentos relacionados ao tema proposto.

Buscou-se a parceria com Vigilância Sanitária, PCE, Farmácia Especial. O método foi justamente criar um modelo novo, diferente do habitual, com várias dessas parcerias, tendo o paciente também como atuante co-responsável do processo. Este modelo será apresentado a seguir, após a revisão da literatura.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A educação em saúde pode ser considerada uma das principais ações de promoção da saúde, por que ela se mostra importante prevenção e reabilitação de doenças, além de despertar a cidadania, responsabilidade pessoal e social relacionada à saúde, bem como a formação de multiplicadores na comunidade (FEIJÃO & GALVÃO, 2007).

Cabe a equipe de saúde da família desempenhar este papel como educadora pois está habilitada para desempenhá-lo da melhor maneira visto que tem uma proximidade com seus usuários, já sabe da complexidade da sua área de abrangência e os problemas locais. Segundo Dantas (2010) as ações educativas são divididas em individual e coletiva. E que muitas vezes as atividades coletivas e ações educativas são motivadas por razões epidemiológicos e por motivações de metas a serem atingidas. Nem sempre as necessidades da população são abordadas ou ao menos consultadas. Muitas vezes as ações educativas são realizadas a partir das necessidades identificadas dentro do âmbito da unidade de saúde sem ser a partir de demandas expressas pelos usuários.

Dantas (2010) destaca as várias dificuldades à realização das práticas educativas do ponto de vista dos profissionais e dos usuários.

Dentre as dificuldades citadas pelos profissionais da saúde foram referidos a falta de condições físicas e materiais como espaço físico, material didático, à falta de tempo, falta de apoio da gestão (disponibilidade de recursos materiais e financeiros junto à gestão que contribuem para a sua escassez), desmotivação devido ao esvaziamento (decorrente do formato e dos temas repetitivos) que não motivam à participação dos usuários.

Já dentre as dificuldades de adesão às atividades educativas por parte da comunidade destaca-se a desmotivação aos assuntos considerados como de caráter repetitivo, ou por serem assuntos que não são os de maior interesse da comunidade, e por já terem acesso às informações por outras vias na mídia, desinteresse decorrente do formato e dos temas repetitivos. Há também a leitura de que a

população usuária já teria acesso a informações por outras vias (como internet, jornais, televisão e outras), e que isto contribuiria para o seu não comparecimento às atividades coletivas ou o desinteresse frente aos conteúdos abordados.

No cotidiano da unidade de Saúde são realizadas ações bem diretas aos usuários a respeito da regulação do uso do serviço, orientações sobre prescrições, encaminhamentos, agendamento. E que dentre as ações as individuais se predominavam sobre as coletivas, que por sua vez ocorriam de forma mais pontual. As práticas individuais se dão principalmente sob as formas de visitas domiciliares e em consultório.

A realização dessas práticas coletivas estão previstas nas diretrizes da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 1997 e BRASIL 2007), principalmente quanto às ações de “coordenação e organização e/ou participação de grupos de educação para a saúde”, além do estímulo à participação e organização da comunidade, tanto no que diz respeito às ações de saúde como ao controle social e conquistas de direitos de cidadania dos usuários.

Segundo Bornstein (2007) ressalta-se a sobrecarga de trabalho assistencial e a conseqüente falta de tempo para as atividades educativas coletivas, ainda que estas sejam tidas como fazendo parte de suas atribuições profissionais. As condições materiais precárias, como infra-estrutura deficiente e carência de material didático, é citada por Pereira e Servo (2006) como fatores que limitam à realização dessas práticas coletivas pelas equipes de saúde da família.

Também segundo Dantas (2010) as principais formas de educação nas unidades de saúde foram aquelas no cotidiano da sala de espera da USF (com as conversas, as orientações e informações passadas em momentos informais com membros da equipe); nas visitas domiciliares (com as situações de fala, ações, escuta); nas reuniões internas ou com gestores (com as falas, educação em saúde, diálogo, práticas educativas, programação de atividades, e pautas de trabalho); na rotina (com preparação de atividades, organização de trabalho, entrega de solicitações de dados exigidos pela gestão); nas atividades educativas coletivas (em campanhas, comemorações, palestras).

Segundo destacou Dantas (2010), as visitas domiciliares, principalmente realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), fizeram parte do serviço em que a escuta do outro se deu de maneira mais sistemática. Nelas, acontecem relatos de vida pessoal de formas bem detalhadas, relato de situações informais que dizem respeito ao dia a dia da comunidade, atentamente escutadas pelas ACS, e são dadas orientações, junto com encaminhamentos à unidade, se necessário. Tal característica demonstra que as visitas são um instrumento de educação coletiva e de proximidade e relação com a equipe saúde da família. E, porque não afirmar de educação coletiva de forma horizontal (que é aquela em que há compartilhamento dos conhecimentos entre todas as partes envolvidas).

Segundo evidenciou Albuquerque (2004) existem as práticas educativas com modelos tradicionais (monológico) e elementos da forma do novo modelo intitulado como dialógico. O ideal é quando se consegue a combinação desses dois modelos quando se quer uma atividade educacional efetiva.

De acordo com estudo feito sobre a equipe saúde da Família como objeto das práticas de educação em saúde por Besen et al. (2007), o estilo de pensamento predominante nas concepções de educação em saúde entre os profissionais de saúde da ESF era permeada por uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com relação vertical e impositiva aos usuários. Uma outra parte de profissionais de saúde minoritária reconhecia que a educação em saúde também era definida como troca de conhecimentos.

Segundo o mesmo autor, no modelo tradicional, observada-se a transmissão do conhecimento, a persuasão e a racionalidade técnica, o referencial biomédico, a argumentação e a ênfase no sucesso técnico. Esse modelo se baseia na mudança comportamental e também na responsabilidade individual sobre o adoecimento. Segundo Oliveira (2005) a ênfase no 'individual' acaba vinculando que a 'falta de saúde' significa uma falha moral da pessoa e um discurso que culpa a vítima pelo seu próprio infortúnio.

Albuquerque (2003) e Alves (2004) afirmam que o modelo dialógico se baseia troca de conhecimentos; faz referências à qualidade de vida; o papel de suporte emocional atribuído às orientações cotidianas; a busca e a valorização do estabelecimento do vínculo como base para a ação educativa; o reconhecimento da necessidade de conhecer os problemas da população; e propostas de ação intersectorial. Estes atributos são peças chave de uma prática educativa baseada nos princípios de educação horizontal e alinhada a correntes consideradas progressistas da promoção da saúde. Segundo artigo de Vasconcelos (2001), a Educação Popular está relacionada a uma proposta de não apenas um atendimento profissional competente aos “menos favorecidos” (educacional –financeira- cultural) mas de um intercâmbio de saberes, de valores, de projetos de vida, de alternativas socioculturais de superação de um modo de vida subalterno dentro de uma sociedade desigual. Segundo Stotz (2007) não existe neste padrão de educação um que “sabe mais” e outro que “sabe menos” , porque se estabelece que a construção do conhecimento é um processo compartilhado, com a existência de saberes distintos no interior do processo educativo, representados pelo senso comum e pelo conhecimento técnico científico.

Um estudo interessante contido nas Normas e Instruções do Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”, (2007) relata o desenvolvimento de um programa de Educação em Saúde com o objetivo de estimular a construção de conhecimentos científicos contextualizados sobre saúde e o desenvolvimento da consciência de cidadania nos professores e escolares que mostrou-se produtivo para promover ações de prevenção a partir do ambiente escolar, de onde se irradiam para a comunidade.

No outro estudo de Ramos. et al.,(2007) foram entrevistados coordenadores do PCE e agentes de saúde ambiental das secretarias de saúde dos municípios do estudo. Concluiu-se que existe fragilidade em relação ao cumprimento das recomendações mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde para o controle da esquistossomose.

Segundo Katz et al., (2000), estima-se que o número de portadores da infecção por *Schistosoma mansoni* em todo o Brasil baseando-se no resultado de exames parasitológicos de fezes realizados pela Fundação Nacional de Saúde entre 1996 e 1997 sejam uma média 7 milhões de portadores de esquistossomose. E o autor ainda afirma que:

[...] esses números podem não representar a realidade, pois a amostra da população examinada não foi selecionada visando este objetivo. A ausência de dados precisos indica a necessidade de adequado levantamento nacional da prevalência da esquistossomose que continua a ser importante endemia parasitária, justificando esforços maiores para o seu controle no Brasil. (KATZ et al.2000, p 303.)

Rocha (2000), aborda que as parasitoses intestinais têm alta prevalência em todo o Brasil. Em um estudo com escolares de 7 a 14 anos em 10 estados brasileiros, 55,3% possuíam parasitose. No estado de Minas, dos 5.360 examinados, 44,2% estavam infectados, sendo os parasitas mais freqüentes: *Ascaris lumbricoides* (59,5%), *Trichuris trichiura* (36,6%), *Giardia lamblia* (23,8%) e *Schistosoma mansoni* (11,6%).

Segundo Rey (2002) a esquistossomose é causada por trematódeos do gênero *Schistosoma*, os principais agentes etiológicos as espécies *S. mansoni*, *S. haematobium* e *S. japonicum*. A transmissão da esquistossomose no Brasil depende da presença de três espécies de caramujo do gênero *Biomphalaria*: *B. glabrata*; *B. tenagophila*; e *B. straminea*.

O ciclo de transmissão da esquistossomose, se dá da seguinte forma: O indivíduo infectado elimina os ovos do *S. mansoni* pelas fezes, e, se estas são lançadas nas coleções de água doce, eles eclodem liberando uma larva ciliada, chamada miracídio, que infecta o caramujo (hospedeiro intermediário). Após 04 a 06 semanas, as larvas abandonam o caramujo e ficam dispersos na água na forma de cercária prontas para infectar o homem. No contato com águas infectadas pelas cercárias, estas penetram ativamente, pela pele e mucosas, fazendo com que o indivíduo se infecte. O verme então desenvolve no organismo humano durante 02 a 06 semanas após o contato com a água. Passado esse período, inicia-se a postura de ovos pela

fêmea e o homem infectado já pode transmitir a doença eliminando ovos de *S. mansoni* nas fezes, por muitos anos (BRASIL,2005).

A sintomatologia não tem relação direta com os vermes que ocasionam a doença mas sim aos ovos do *S. mansoni* que são potencialmente fibrinogênicos, segundo Andrade (2002). Segundo o autor a deposição de grande número de ovos de *S. mansoni* na região peri-portais atinge os vasos hepáticos acarretando inflamação granulomatosa crônica, com fibrose dos espaços portais e obstrução sanguínea venosa intra-hepática portal, gerando hipertensão portal.

Peregrino (2002) relata que a esquistossomose tipo medular é de caráter inflamatório, e que apesar da prevalência baixa, devido à cascata de eventos inflamatórios, com formação de granulomas, desencadeada pelos ovos no tecido nervoso, provoca sérias repercussões nas estruturas nervosas chegando a seqüelas importantes em parênquima medular. Devido a essa grande variedade de locais de disseminação dos ovos, a doença também apresenta os mais variados sintomas. Mesmo com toda a gravidade da doença em todo o território nacional, são pequenas e inadequadas as políticas de investimentos em saneamento básico, para minimizar a ocorrência de surtos e agravos da esquistossomose e de tantas outras parasitoses, daí a importância da atenção básica em suas ações e campanhas.

Para Dias (2012), as espécies de esquistossomose são diagnosticadas principalmente pelas técnicas de Kato-Katz , imunofluorescência e intradérmica; já a transmissão se dá por contatos de água contaminada principalmente por recreação. Para diminuir a incidência da doença, deve-se cuidar da educação principalmente da população jovem, não se deve descuidar da re-infecção, das condições sócio-sanitárias e do fracasso terapêutico.

A esquistossomose, em suas várias apresentações clínicas, confunde-se com muitas outras doenças, fato para o qual o médico de Saúde da Família deve atentar. O diagnóstico diferencial e a gravidade da doença segundo Beck et al. (2004) é definido pelo médico ao colher a história clínica, como por exemplo saber se o

usuário mora ou já residiu em região endêmica. Como a sintomatologia é bem extensa a o diagnóstico ou a extensão da doença é feita por uma extensa possibilidade de exames como os exames laboratoriais (exame parasitológico de fezes, testes sorológicos), biópsia retal, biópsia hepática, pesquisa de antígeno circulante por ELISA de captura, intradermo reação, ultrassonografia do abdômen, radiografia do tórax e endoscopia digestiva alta.

O tratamento pode ser feito com Oxamniquine ou Praziquantel em dose única, dose calculada por quilo e ambas por via oral. São drogas bem toleradas, com eficácia pós tratamento de 80% nos adultos e 70% em crianças (até 15 anos). Atualmente, prefere-se o Praziquantel, pelo menor custo financeiro, de acordo com Katz (2003). O Praziquantel é a medicação adotada em Brumadinho e foi instituído no município o uso da medicação assistida para garantir o uso correto e possibilitar um contato mais próximo com o usuário.

De acordo com Brasil (2005) os moluscos encontram-se em regiões onde ha coleções de água doce, como, por exemplo, barragens, áreas de irrigação, rios, lagos, lagoas, brejos, etc. E, a propagação da doença é facilitada pela longevidade dos vermes adultos, pela grande quantidade de ovos produzidos pelas fêmeas, pela dispersão crônica ovos pelos portadores, pelo caráter crônico da doença e grande distribuição geográfica dos hospedeiros intermediários (KATZ, 2003).

Neves et al (2001) consideram que a esquistossomose endêmica dos países subdesenvolvidos, enquanto Katz (2003) afirma que a doença acomete 200 milhões de pessoas em 74 países. No Brasil, estima-se cerca de seis milhões de infectados, principalmente Nordeste e Minas Gerais. Segundo Amaral (2006) após a instalação do PCE (programa de controle da esquistossomose) em 1976, nas áreas de média e alta endemicidade houve queda notável nas formas graves da doença. Nas áreas do país aonde o índice de prevalência é inferior a 15% e há pequena intensidade de infecção (< de 100 ovos por grama de fezes), existem menos dados epidemiológicos e artigos.

O controle da esquistossomose é difícil pelos serviços de Saúde pública devido à prevalência e larga distribuição geográfica, ao mecanismo de escape do molusco

frente ao moluscocida, precárias condições sócio-sanitárias, atividades econômicas ligadas ao uso da água, e adesão aos programas de controle (ROCHA, 2000).

Amaral (1994), afirma que apesar do tratamento eficaz para esquistossomose, o controle ainda é complexo, porque exige integração de serviços de saneamento básico, educação, e medidas de cunho técnico-político. A esquistossomose em regiões endêmicas, são crônicas e com manifestações benignas, poucos casos com manifestações graves, como a hepato-esplenomegalia e varizes esofagianas. Quando ocorrem as formas graves elas são potencialmente fatais. Andrade (2002) enfatiza que há publicação científica brasileira de qualidade e quantidade superior à internacional, com contribuição significativa para o avanço dos conhecimentos geral, mecanismos da doença, diagnóstico preciso, tratamento, profilaxia e controle. O autor chega a afirmar que as pesquisas sobre esquistossomose se rivalizam com o porte das pesquisas da doença de Chagas e que os conhecimentos nacionais gerados sobre a esquistossomose em um século de pesquisas são suficientes para atender a todas as necessidades práticas e científicas no setor. Segundo Gazzinelli (2002) nos últimos trinta anos o PCE passou por diversas fases onde foram feitas várias tentativas de atuação como a de medicalização maciça dos portadores, conjugadas com outras ações preventivas consideradas importantes.

Vale ressaltar que o organismo humano não possui mecanismos imunológicos eficazes contra a doença e nem há vacina contra esquistossomose, de acordo com Amaral (2006).

Segundo Favre (2001) as populações de áreas endêmicas geralmente são aquelas em que as suas atividades econômicas e culturais giram em torno de grandes coleções hídricas contaminadas, realizando atividades domésticas, de turismo/lazer e de higiene pessoal que propiciam a manutenção da esquistossomose. É importante salientar que em todas as ocorrências de surtos de esquistossomose registrados em literatura, houve menção da ocorrência de precariedades sanitárias.

Um exemplo de atividades turísticas em regiões endêmicas e com coleções hídricas e com a falta de saneamento básico, como rede de esgoto sanitário, abastecimento e tratamento de água para consumo são os casos de esquistossomose agudas em Porto de Galinhas (PE), descritos por Barbosa (2004). Lá, indivíduos das classes média e alta que passam férias no local se contaminaram e apresentavam carga parasitária alta, com eosinofilia e sintomatologia intensas, sugerindo que essas pessoas nunca tiveram contato prévio com o parasito. A contaminação aguda esteve associada a atividades de lazer e acometeu pessoas que negavam contato prévio com coleções hídricas contaminadas. Em balneários muito freqüentados do litoral do Pernambuco, como Porto de Galinhas e Ilha de Itamaracá, a população de veranistas fica exposta a primo-infecção, principalmente no pós-chuvas. As ruas dessas praias não contam com sistema de drenagem das águas pluviais, sendo possível a visualização dos vetores em poças d'água no peri-domicílio, em casas da classe media-alta, de acordo com Barbosa (2000). Segundo o mesmo autor, em todo o litoral do Pernambuco, foram deflagradas atividades humanas desordenadas e ações de imobiliárias ao degradar o meio ambiente, resultaram no aparecimento de focos novos e transmissão sazonal da esquistossomose.

Em Minas Gerais, o desenvolvimento da prática do turismo de aventura ou incentivo ao turismo ecológico direcionado ao ambiente rural também está ocasionando o surgimento de casos agudos. São áreas, há com saneamento inadequado com ambientes aquáticos (cachoeiras lagoas e rios) aonde proliferam os moluscos vetores da doença, segundo observação de Schall (2001) e Enk (2004).

Enk (2004) relata 17 casos agudos de esquistossomose em Belo Horizonte, onde todos relataram história pregressa de banho na piscina de um hotel-fazenda e sintomas parecidos, sendo os mais freqüentes: febre; astenia; tosse seca; e dor de cabeça.

Sobre a história de esquistossomose em Minas Gerais, segundo Carvalho (1987), a disseminação se deu durante o ciclo do ouro com a migração dos escravos, no século XVIII. Essa distribuição da doença era e ainda permanece irregular intercalando-se áreas com alta prevalência e outras com transmissão nula. Não

foram encontrados estudos de levantamento malacológico de importância epidemiológica realizados em Brumadinho.

5 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Em uma das reuniões de equipe em que discutíamos os problemas encontrados, vivenciados pela equipe no seu dia a dia de trabalho, aflorou na discussão a situação problema de numerosos pacientes afetados e o que proporíamos para a prevenção da esquistossomose na área adscrita pela equipe do PSF.

A demanda dos próprios ACSs era saber sobre a doença, formas de transmissão, qual exame fazer, sintomatologia e qual o tratamento. Enfim, requeriam um treinamento para capacitá-los para responder cientificamente qualquer questionamento que poderia surgir durante as visitas domiciliares. A equipe deparou com duas questões que emergiam da reunião e que exigiam uma solução. Diante disso elaboramos a proposta abaixo.

5.1 Plano de ação da Campanha de prevenção de esquistossomose.

O modelo consistiu nas seguintes etapas: Treinamento da equipe, seguida da Formação de parcerias para a concretização da Campanha. Realizar as Visitas domiciliares para a educação comunitária seguida pela realização dos exames de Kato e Katz pelos usuários e o acompanhamento dos casos positivos.

5.2 Execução do Plano

Os treinamentos ficaram a cargo da médica e da enfermeira. Todos os funcionários participaram do treinamento de acordo com os temas apresentados, todos tiveram oportunidade de esclarecer as dúvidas e contribuir com os conhecimentos que já possuíam sobre a patologia. E, enquanto a campanha de prevenção da esquistossomose ia se desenrolando, surgiam ainda algumas dúvidas específicas que nos faziam, por exemplo em relação à doença e criança afetada, o que mudava se era grávida ou nutriz, ou casos reincidentes, etc. Após este processo educativo interno, o próximo passo foram as orientações aos pacientes e familiares. Cada

agente de saúde realizava visita domiciliar, reunia as famílias e lhes explicava sobre a doença e como iríamos realizar a campanha. Se algum familiar não estivesse ali naquele momento por motivos diversos, alguém da própria família seria o responsável para lhe transmitir o que aprendeu, mostrar o folder que distribuíamos, e convencia a realizar o exame do Kato e Katz. O folder que utilizamos é um que a própria Vigilância Sanitária já fazia uso em suas campanhas, já o folheto informativo elaborado pela equipe era simples, direto, contendo apenas informações objetivas das datas que o paciente deveria pegar e entregar o material e o número do telefone da unidade e nome do ACS.

Foi realizada a campanha em cada microárea separadamente, tendo o prazo de um mês para cada ACS (Agente comunitário de saúde) distribuir para todas as famílias cadastradas os Kits contendo o pedido de exame de fezes “Kato e Katz”, folheto educativo e informativo sobre como participar da campanha e orientação sobre a doença. Os pacientes se responsabilizaram de pegar o recipiente para a coleta de fezes na unidade, e entregar dentro do prazo do respectivo mês. Os recipientes entregues no PSF Jota, foram recolhidos todas as tardes pelo carro da Vigilância sanitária que enviava os materiais para o laboratório do PCE. Os resultados dos exames foram encaminhados para o posto de saúde, onde foi realizada a notificação aos usuários quando o resultado era positivo e a prescrição do medicamento. No município o medicamento indicado é o praziquantel 600 mg que é distribuído pela farmácia especial. O ACS então solicitou o paciente a tomar a medicação com a administração assistida na unidade. Os demais resultados foram entregues em domicílio pelo ACS da área, o próprio paciente retirava o resultado na própria unidade. Após o uso da medicação foi realizado o controle clínico da doença pelo médico e enfermeira da Unidade.

Os demais resultados foram entregues em domicílio pelo ACS ou o próprio usuário buscava o resultado na própria unidade. Mesmo com o treinamento dos ACS para responderem as dúvidas, no momento de entregar dos recipientes na unidade também apareciam as mesmas e muitas dúvidas trazidas pelos usuários, que a própria funcionária da parte administrativa da unidade de saúde respondia a todos por telefone ou mesmo presencialmente, após aprender pela primeira vez a orientação que o médico ou mesmo a Vigilância nos orientava. As dúvidas foram:

Tenho constipação intestinal, o que fazer? Posso colocar o vasilhame na geladeira? Pode ser o do dia anterior ao exame? Já tive esquistossomose posso ter a doença novamente? Outros pacientes não se contentavam com a ação educativa e quiseram marcar consulta médica para saber mais sobre a doença.

5.3 Avaliação da Campanha

Avaliamos os resultados da Campanha, como positivos pois proporcionou o crescimento profissional e oportunidade de interação na equipe. Houve boa adesão da comunidade e alcançamos nossos objetivos propostos de melhorar a educação comunitária em relação à esquistossomose.

6 DISCUSSÃO

Na literatura não encontramos casos parecidos de campanhas realizadas pela equipe de saúde da família em relação à Esquistossomose. Apenas relatos de combate isolados realizados pelos profissionais frente a pacientes com suspeita da doença, com palestras e requisições de exames realizados por médicos, por isso vários artigos foram eliminados. Inclusive, segundo a própria documentação do Ministério da Saúde sobre a esquistossomose cabe mais aos agentes de zoonose intervir na erradicação da esquistossomose do que para a própria equipe de saúde da família. A interação que existe entre a comunidade é a equipe de saúde da família possibilita-a para identificar os fatores de risco, conhecimentos, atitudes e comportamentos da sua população relacionados à doença, esta interação não existe entre os agentes da zoonose e as famílias.

Durante a campanha sentimos que realizamos uma motivação também para que os próprios usuários ativamente procurassem ter conhecimento sobre a doença. O que para nós representa um bom sinal: os pacientes não querem apenas realizar os exames sugeridos, querem também saber sobre a prevenção, tratamento, sintomatologia e alterações no próprio corpo.

Um outro fator observado é que houve relato de aumento da procura de consultas também em outras unidades de saúde no município e até no setor privado, pois provavelmente os usuários comentavam com os amigos e familiares sobre os conhecimentos adquiridos. Este fato demonstrou a importância e a amplitude de uma ação da campanha.

7 CONCLUSÃO

O trabalho apresentado se mostra como uma alternativa no combate desta doença tão comum no estado de Minas Gerais. A situação da esquistossomose tem mudado nos últimos anos e que apesar dos resultados serem satisfatórios, precisa de estratégias mais eficazes na obtenção de resultados duradouros nos programas de controle da doença. Apesar de todos os esforços a esquistossomose permanece endêmica nas mesmas áreas brasileiras. Buscando este esforço maior é que me propus a coordenar o projeto piloto relatado.

Com a campanha também buscávamos a valorização do trabalho em equipe, principalmente dos agentes de saúde por que eles são os membros da equipe que têm uma maior proximidade com os usuários. E, muito importante foi se demonstrar a importância do papel da atenção primária, de perceber os problemas da própria região, de saber a vulnerabilidade da área, a capacidade de propor soluções e de realizar mobilização interna e comunitária.

Nós tínhamos como objetivo a criação de um projeto piloto, e após esta campanha surgiu a idéia de seguir o mesmo modelo para realizar campanha com os homens maiores de 40 anos adscritos na área para que todos realizassem o exame de sangue de rotina, o PSA (antígeno prostático) anual, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Podemos realizar várias outras campanhas para a promoção da saúde com este mesmo modelo sobre a saúde da mulher, (para a realização de prevenção de câncer de colo uterino e câncer de mama e mamografia, campanhas de osteoporose, e outras.

A busca de de novos modelos para as práticas de saúde é necessária no cotidiano do serviço para a realização de atividades coletivas inovadoras, assim como a discussão de temas relevantes para a população, e dos novos modos de se fazer o atendimento aos problemas de saúde, possibilitam que as condutas sejam seguidas pelo usuário, porque ele sente que há compartilhamento de conhecimentos e responsabilidades. Concluimos que é preciso uma abertura dos profissionais de saúde caso se deseje uma superação dos modelos tradicionais. Necessita não apenas enfrentar a mudança da lógica de funcionamento dos serviços, como a

relação entre os saberes, assumindo que podemos compartilhar os conhecimentos técnicos e científicos com os conhecimentos dos usuários e viabilizando uma prática educativa baseada na diversidade e no conjunto das experiências vividas pelos usuários.

Assim, mesmo com tanta precariedade de recursos financeiros, de infra-estrutura nas condições de trabalho dentro das unidades de família ainda é possível se realizar um bom trabalho com a abertura, compartilhamento de conhecimentos e recriação dos cuidados e do jeito de realizar a educação em saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de and STOTZ, Eduardo Navarro. **A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade**. 2004, vol.8, n.15, pp. 259-274. ISSN 1414-3283.

ALBUQUERQUE, P. C. de. **A educação popular em saúde no município de Recife – PE: em busca da integralidade**. 2003. Tese (Doutorado Interinstitucional de Saúde Pública)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

ALVES, V. S. **Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no programa de saúde da família**. 2004. Dissertação (Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

Antunes CMF. Epidemiologia e infecções do *Schistosoma mansoni*. Anais de Medicina Tropical e Parasitologia. Rio de Janeiro: E.P.U; 1998.

BESEN, C. B. et al. A Estratégia Saúde da Família como objeto da educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.1, p.57-68, jan./abr. 2007.

BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação entre saberes**. 2007. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, 1997.

_ **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_ **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1996-2004**.

DANTAS, Maria Beatriz Pragana. **Educação em Saúde na Atenção Básica: sujeito, diálogo, intersubjetividade**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

Feijão, Alexsandra Rodrigues; Galvão, Marli Teresinha Gimenez. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. *Rev. RENE*; 8(2):41-49, maio-jun. 2007.

Katz NF, Peixoto SV. Análise crítica da estimativa do número de portadores de esquistossomose mansoni no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2000; 33(3):303-308.

Marçal-Júnior O. A influência do comportamento humano na transmissão da esquistossomose. In: Congresso Nacional de Etologia, 14. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia. Anais; 1996.

Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Controle da Esquistossomose Brasília; 1998. [Diretrizes Técnicas].

OLIVEIRA, D. L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p.423-31, maio/jun. 2005.

PEREIRA, A. P. C. M; SERVO, M. L. S. A enfermeira e a educação em saúde: estudo de uma realidade local. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.30, n.1, p. 7-18, jan./jun. 2006.

Ramos MC et AL. Educação , Saúde e Meio Ambiente: o caso da esquistossomose no município de Itororó-BA, Rev.Saúde.Com 2007; 3(2): 70-76

Rey L. Bases da Parasitologia Médica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Site Datasus com último acesso dia 04/06/2012
<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinan/esquistoso/bases/esquistobr.def>

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. Educação Popular em Saúde. In: MARTINS, C. M. e STAUFFER, A. B. (Org.) **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.5, n.8, fev. 2001.

Vigilância Epidemiológica e Controle da Esquistossomose, Normas e Instruções do Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”, 2007

APÊNDICES



Anexo 1 – Folhetos informativos entregues aos pacientes. Cedido pela Vigilância Sanitária da Brumadinho.



Anexo 2 – Equipe do PSF Jota e Eixo Quebrado, por ocasião da campanha



Anexo 3 – Frascos com o material a ser recolhido pela Vigilância Sanitária.



Anexo 4 – Funcionários da Equipe Jota e Eixo Quebrado trabalhando. Estão preparando as requisições de exames e os folhetos explicativos.