

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

RICARDO FERREIRA DE LIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DAS
PARASIToses INTESTINAIS EM UMA COMUNIDADE RURAL
NO MUNICÍPIO DE BRANQUINHA - ALAGOAS**

MACEIÓ/ALAGOAS

2018

RICARDO FERREIRA DE LIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DAS
PARASIToses INTESTINAIS EM UMA COMUNIDADE RURAL
NO MUNICÍPIO DE BRANQUINHA - ALAGOAS**

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

Orientador: Professor(a). Ana Renata Lima Leandro

MACEIÓ/ALAGOAS

2018

RICARDO FERREIRA DE LIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DAS
PARASIToses INTESTINAIS EM UMA COMUNIDADE RURAL
NO MUNICÍPIO DE BRANQUINHA - ALAGOAS**

Banca examinadora:

Ana Renata Lima Leandro (Orientadora)

Maria Marta Amancio Amorim

Aprovado em 02 de Julho de 2018

MACEIÓ/ALAGOAS

2018

RESUMO

A comunidade de Santo Antônio da Boa Vista localiza-se na zona rural do município de Branquinha - AL. A área é ocupada por pequenos agricultores que vivem de agricultura familiar baseada no plantio de batata, cana de açúcar, hortaliças e criação de animais de pequeno porte. O saneamento básico na comunidade é precário e não há coleta de lixo. No decorrer de um ano atuando como médico de saúde da família pelo Programa Mais Médicos pude observar os principais problemas de saúde da população sendo um dos prioritários e escolhido como tema do projeto a alta prevalência de parasitoses intestinais. Tendo em vista a importância dessa enfermidade na comunidade e pelas graves consequências que tal condição pode causar sobretudo em crianças. A alta prevalência dessas parasitoses se justifica pelas precárias condições de saneamento básico, baixa instrução da população, má qualidade da água ofertada, bem como o seu tratamento inadequado, más condições de higiene e lavagem inadequada dos alimentos. O objetivo deste projeto é propor um plano de intervenção tendo em vista a prevenção das parasitoses intestinais nesta comunidade. Para isso foi feito o diagnóstico situacional do território identificando as características da população, faixa etária, escolaridade, ocupação, renda e composição familiar. Foram planejadas intervenções para garantir a prevenção dos casos de parasitoses intestinais seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional. Serão realizadas ações educativas junto aos escolares e responsáveis com formação de rodas de conversa, salas de espera, elaboração de cartazes, panfletos, dramatizações e oficinas enfatizando os cuidados de higiene das mãos e alimentos e prevenção das parasitoses intestinais. Por fim, espera-se que este plano de ação traga condições melhores de vida a todos os usuários da comunidade, provendo aos mesmos mais qualidade de vida.

Palavras chave: Parasitoses. Promoção da saúde. Saneamento básico. Atenção Primária.

ABSTRACT

The Santo Antônio da Boa Vista community is located in the countryside of Branquinha-AL. The area is occupied by small farmers who live from family farming based on planting potatoes, sugar cane, greenery and raising small animals. Basic sanitation in the community is precarious and there is no garbage collection. During a year as a primary care physician in the Programa Mais Médicos, I could observe the population's main health problems with one of the priorities and chosen as the theme of the project is the high prevalence of intestinal parasitoses, considering the importance of this disease and the serious consequences that such a condition can cause especially in children. The high prevalence of these parasites is justified by the poor conditions of basic sanitation, low education of the population, poor quality of water offered as well as inadequate treatment, poor hygiene conditions and inadequate food washing. The objective of this project is to propose an intervention plan for the prevention of intestinal parasitoses in this community. To do that, a situational diagnosis of the territory was made, identifying the characteristics of the population, age group, schooling, occupation, income and family composition. Interventions were planned to ensure the prevention of cases of intestinal parasitoses following the Planejamento Estratégico Singular method. Educational actions will be carried out with the students and responsible for the formation of talk wheels, waiting rooms, posters, pamphlets, dramatizations and workshops emphasizing hand and food hygiene care and prevention of intestinal parasitoses. Finally, this action plan is expected to bring better living conditions to all community users, providing them with a better quality of life.

Keywords: Parasites. Health promotion. Basic sanitation. Primary care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Pirâmide Etária Branquinha, Alagoas e Brasil.	11
Gráfico 2: Rendimento domiciliar per capita no município de Branquinha, Alagoas	12
Gráfico 3: Número de matrículas por série escolar 2008-2015. Branquinha, Alagoas.	13
Gráfico 4: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica anos finais 2007 - 2013, Branquinha, Alagoas.	14
Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde, Unidade Básica de Saúde Santo Antônio da Boa Vista, município de Branquinha, estado de Alagoas.	19- 20
Quadro 2: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de informação da população sobre as parasitoses intestinais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio da Boa Vista, Branquinha, Alagoas.	31- 32
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Higiene Precária das mãos e alimentos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio da Boa Vista, Branquinha, Alagoas.	33- 34

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema	35-
“Tratamento da água inadequado”, na população sob responsabilidade	36
da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio da Boa Vista, Branquinha, Alagoas.	

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Aspectos Demográficos e Socioeconômicos	10
1.2 Saneamento básico, abastecimento de água e acesso à energia elétrica.	12
1.3 Aspectos Educacionais	12
1.4 O sistema municipal de saúde	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população	15
1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	18
1.7 Priorização dos problemas (segundo passo)	19
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo geral	22
3.2 Objetivos específicos	22
4 METODOLOGIA	23
5 REVISÃO DE LITERATURA	24
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Seleção do problema prioritário e descrição (terceiro passo)	29
6.2 Explicação do problema selecionado. (quarto passo)	29
6.3 Definição dos “Nós Críticos (quinto passo)	30
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

1. INTRODUÇÃO

Branquinha é um pequeno município situado na Zona da Mata alagoana a cerca de 60 km da capital Maceió, com 10.583 habitantes (IBGE, 2010). Tem como limites os municípios de União dos Palmares, Murici, Capela, Viçosa, Chã Preta, Santana do Mundaú, Joaquim Gomes e Flexeiras (BRANQUINHA, 2018)

O município está inserido na bacia hidrográfica do Rio Mundaú, que banha a sede do município. Seus principais afluentes são: Rio Branca, os riachos Baixa Seca, Cabeça de Porco, Jitirana, Bebedouro e Sapucaia. (BRANQUINHA, 2018)

A história não registra muitas informações sobre as origens do município de Branquinha, pois os documentos e demais informações que facilitariam o trabalho de pesquisa foram destruídos pela enchente do Rio Mundaú, ocorrida em 1949. A Prefeitura Municipal de Murici, onde se encontravam os arquivos, foi totalmente inundada. Alguns registros históricos demonstram que a colonização da cidade começou por volta de 1870. (BRANQUINHA, 2018)

Moradores recém-chegados de outras regiões foram instalando pequenos sítios no local. O lugar foi crescendo às margens do rio Mundaú e o progresso da região foi impulsionado a partir de 1955, quando lideranças locais começaram a lutar pela emancipação política. Nomes como Pedro Timóteo Filho, Manoel Gomes Peixoto e Emílio Elizeu Maia de Omena faziam parte desse grupo. Em 1962 o município conseguiu a emancipação política, sendo desmembrado de Murici (BRANQUINHA, 2018).

A cidade de Branquinha foi atingida por várias enchentes provocadas pelo Rio Mundaú. Após 1949, veio a de 1962, 1969 e a mais devastadora em 2000 deixando aproximadamente 80% da cidade destruída. A mais recente, em 2010, ainda está bastante viva na memória dos habitantes, tendo deixado boa

parte da cidade devastada, muitos desabrigados e alguns mortos, tendo inclusive repercussão nacional. (BRANQUINHA, 2018)

Embora seja um município sem atrativos turísticos naturais, Branquinha chama a atenção de visitantes por conta da animada programação de festividades, garantida pela animação de sua população em boa parte do ano. Em janeiro acontece a festa do padroeiro, São Sebastião (dia 20); em fevereiro ocorre um dos carnavais mais animados da região; a Emancipação Política (18 de maio); os festejos juninos e ainda o Festival da Batida, onde a iguaria é apreciada em diversos sabores, realizado entre os meses de novembro e dezembro. (BRANQUINHA, 2018).

A atividade econômica do município é pautada pela agricultura destacando-se as plantações de cana-de-açúcar, laranja, mandioca e batata, bem como a pecuária (BRANQUINHA, 2018). A feira livre da cidade oferece grande variedade de produtos oriundos de cinco assentamentos com plantações de lavouras de subsistências, comercializadas na sede e nos municípios vizinhos (BRANQUINHA, 2018)

O clima é do tipo Tropical Chuvoso com verão seco. O período chuvoso começa no inverno sobretudo nos meses de junho e julho. (BRANQUINHA, 2018)

1.1 Aspectos Demográficos e Socioeconômicos

Segundo o IBGE, Branquinha possui 10.583 habitantes distribuídos em 2.952 famílias. Seu território compreende 165,251 km² e densidade demográfica de 63,63 hab/km². (IBGE, 2010)

Sua população tem 3.910 habitantes residentes na área rural (36%) e 6.673 na área urbana (63%). A população masculina corresponde a 5.379 (51%) e feminina a 5.204 (49%). A seguir, no gráfico 1, encontra-se a pirâmide etária da cidade de Branquinha em comparação com o Estado de Alagoas e Brasil, de acordo com o Censo IBGE (2010).

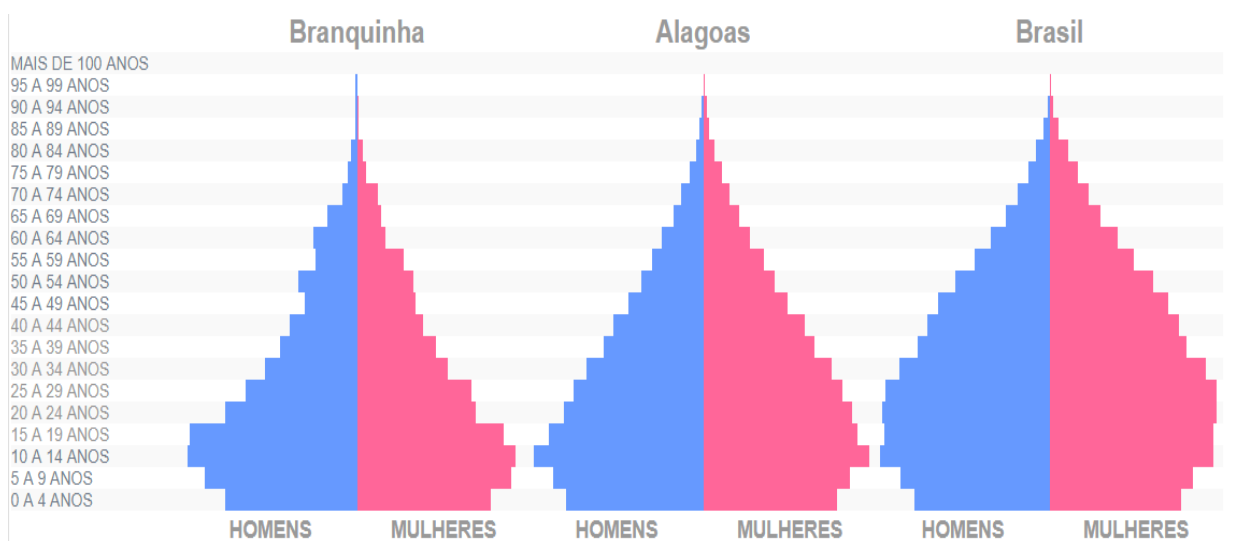


Gráfico 1: Pirâmide Etária Branquinha, Alagoas e Brasil
Fonte: IBGE (2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em Branquinha é baixo: 0,513. Esse índice leva em conta a longevidade, a educação e a renda e guarda estreita relação entre as condições de vida e o processo saúde-doença vivenciado pela população. (IBGE, 2010)

A maior parte da população de Branquinha é de baixa renda (75%) e registra taxa de analfabetismo de 40% e taxa de trabalho infantil de 10%. No município encontram-se 359 domicílios sem banheiro ou vaso sanitário (14,5%), significando que para quase 1500 pessoas o destino dos dejetos é inadequado, contaminando solo, fontes de água e etc (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS, 2017). No gráfico 2, pode-se observar o rendimento domiciliar per capita para o ano de 2010, e concluímos que mais da metade da população vive com cerca de metade de um salário mínimo. (IBGE, 2010)

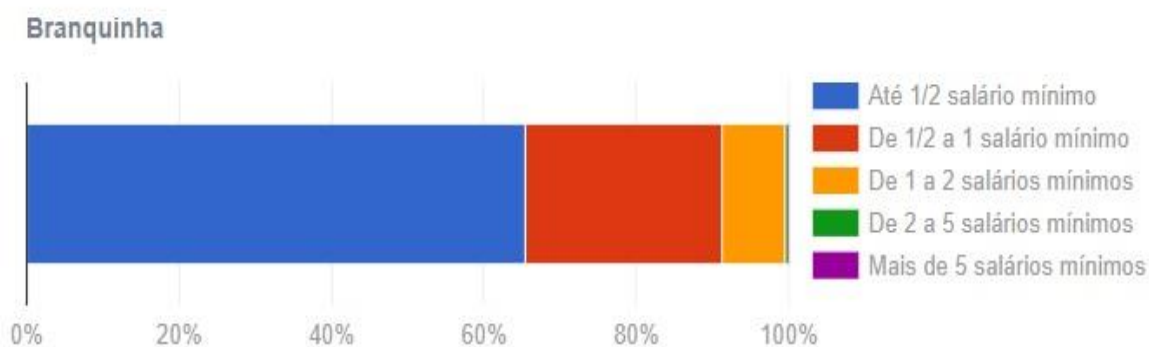


Gráfico 2: Rendimento domiciliar per capita no município de Branquinha-Alagoas.

Fonte: IBGE (2010).

1.2 Saneamento básico, abastecimento de água e acesso à energia elétrica.

Em Branquinha, das 2.952 famílias residentes no município, 1979 (67%) tem o seu lixo coletado regularmente, enquanto que 765 famílias (26%) o lixo é queimado ou enterrado, sendo esse o principal destino do lixo proveniente do Assentamento Santo Antônio da Boa Vista, uma vez que não há coleta. Descartam o lixo à céu aberto 208 famílias (7%). (SIAB, 2015)

Das 2.952 famílias do município, 1.436 (48%) tem seus dejetos eliminados na rede de esgotamento sanitário, 918 famílias (31%) utilizam o sistema de fossa e 598 famílias (20%) ainda depositam fezes e urina a céu aberto. (SIAB, 2015).

Em Branquinha, o abastecimento de água é feito pela rede pública para 1944 famílias (65%), enquanto que em 1006 famílias (35%) o abastecimento é feito por água de poço ou nascente. (SIAB, 2015)

Em relação ao tratamento da água a maioria (99%) é feito por meio da água clorada. A energia elétrica é fornecida à 2.912 famílias (98%).(SIAB, 2015)

1.3 Aspectos Educacionais

Em Branquinha, boa parte da população é pouco instruída e as taxas de analfabetismo atingem 40%, muito acima da média nacional (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS, 2017). No município existem 32 escolas, sendo 17 delas de ensino fundamental, 1 escola de ensino médio e 14 escolas de ensino infantil. (IBGE, 2017)

No ano de 2015 houve 2090 matrículas no ensino fundamental, 357 matrículas no ensino médio e 357 matrículas no ensino infantil, conforme o gráfico 3.

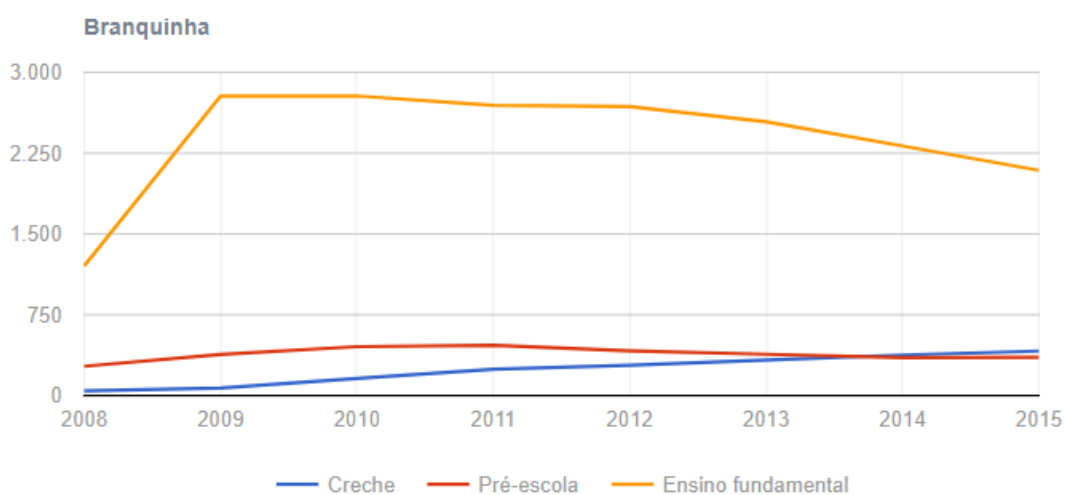


Gráfico 3: Número de matrículas por série escolar 2008-2015, Branquinha.

Fonte: (IBGE, 2017)

Entre a população residente, 2797 (26%) pessoas nunca frequentaram a escola, desses 334 (12%) corresponde a faixa etária entre 10 anos a menores de 25 anos. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) para o ano de 2013 em Branquinha foi de 3,1, abaixo da meta preconizada para o município de 3,2 e da média nacional de 4,9, como demonstra o gráfico 4. (IBGE,2017)

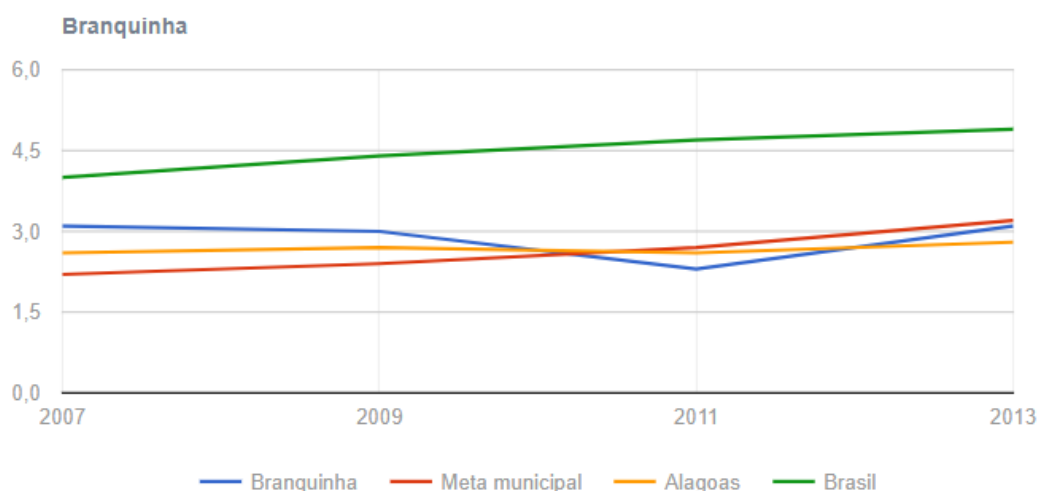


Gráfico 4: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica anos finais 2007 - 2013, Branquinha, Fonte: (IBGE, 2017)

Na comunidade Santo Antônio da Boa Vista está situada a Escola Municipal de Ensino Fundamental e Infantil Manoel Eugênio de Lima onde se encontram matriculados 182 alunos, entre 2 e 27 anos. A escola também funciona como uma creche para crianças até 5 anos. No período da manhã funciona o Ensino Fundamental até o 5º ano, no período da tarde funcionam as turmas do 6º ao 9º ano. Em 2017 até o mês de agosto a evasão escolar foi de 9 alunos (4,5%). (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRANQUINHA, 2017)

1.4O sistema municipal de saúde

A cobertura da rede de atenção primária em Alagoas, considerando a estratégia de saúde da família corresponde a 76%, com variações entre as duas macrorregiões e as regiões de saúde (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS, 2017).

O município de Branquinha registra 100% de cobertura da sua população com a estratégia saúde da família, por meio da atuação de cinco equipes de saúde, com a presença de um profissional do Programa Mais Médicos e de um Núcleo de Apoio a Saúde da família (NASF) que conta com

Psicólogo, Nutricionista e Fisioterapeuta (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS, 2017). Possui uma academia de saúde que é um espaço dotado de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, voltado à promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população. O município não dispõe de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), utilizando dos municípios vizinhos de União dos Palmares e Murici. Há poucos médicos especialistas atendendo no município, apenas cardiologista, psiquiatra, ginecologista e ultrassonografista que realizam atendimento em poucos dias do mês. Os demais especialistas são agendados via Central de Regulação para União dos Palmares e Maceió (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRANQUINHA, 2017)

Branquinha dispõe de um pequeno serviço de pronto atendimento 24 horas para atendimento de baixa complexidade. Para os casos de urgência e emergência hospitalar tem como referência o Hospital São Vicente de Paulo, em União dos Palmares e o Hospital Geral do Estado, em Maceió (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRANQUINHA, 2017).

Branquinha não dispõe de leito hospitalar para assistência materno-infantil, referenciando o risco habitual para o Hospital São Vicente de Paulo, e o alto risco para o Hospital Universitário, em Maceió. (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS, 2017)

1.5A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população

O assentamento de Santo Antônio da Boa Vista localiza-se na zona rural de Branquinha, à cerca de 15 km do centro da cidade entre estradas de asfalto e terra. A área é ocupada por pequenos agricultores que vivem de agricultura familiar de subsistência, baseada no plantio de batata, cana de açúcar, hortaliças e criação de animais de pequeno porte. O saneamento básico na comunidade é precário e não há coleta de lixo, sendo o mesmo incinerado pela

população ou jogado no rio que banha a comunidade. A condição das moradias é precária, assim como o nível de instrução da população com muitos analfabetos. O acesso a comunidade é ruim devido a distância para a cidade e péssima condição das estradas de terra, sobretudo em épocas de chuva, dificultando o acesso da própria equipe de saúde. A comunicação também é prejudicada, visto que na comunidade não há sinal de telefone e internet. Apesar de todas as dificuldades a população é bastante hospitaleira e disposta a colaborar com o serviço de saúde. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRANQUINHA, 2017).

A Unidade de Saúde da Família Santo Antônio da Boa Vista foi inaugurada há cerca de 10 anos e está situada no centro da comunidade de Santo Antônio, ao lado de uma escola e de uma quadra de esportes. A estrutura da unidade é ampla, apesar de ser uma casa antiga adaptada. A unidade conta com recepção e arquivo, três salas de espera, farmácia, sala de pré-consulta, sala de vacina e pequenos procedimentos, consultório dentário, de enfermagem e médico, todos amplos e bem arejados, banheiros para usuários e funcionários, copa e dispensa. Além disso a unidade conta com uma área externa ampla que por vezes é utilizada para realização de festividades como o São João e dia das crianças. A reunião entre os funcionários geralmente é realizada na sala do médico e as palestras na área externa ou na própria sala de espera. Existe ainda um espaço para plantio de milho mantido por funcionários e seus familiares. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRANQUINHA, 2017).

A unidade de saúde é relativamente bem equipada e conta com alguns medicamentos básicos e injetáveis para manejo de pequenas urgências. Dispomos de macas para observação dos pacientes, soluções para hidratação venosa, cilindro de oxigênio, nebulizador, material para sutura e pequenos procedimentos como lavagem otológica, bloqueio anestésico e drenagem de abscessos. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRANQUINHA, 2017).

A Equipe de Saúde da Família Santo Antônio da Boa Vista é formada um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma dentista e

auxiliar de consultório dentário, uma farmacêutica, seis agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliar administrativa e de serviços gerais e motorista, todos com carga horária de 40 horas semanais, a exceção da farmacêutica que vai uma vez por semana. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRANQUINHA, 2017).

A UBS funciona de segunda a sexta das 8 h às 15h30 H. Devido ao vasto território de abrangência da equipe, o que impede que uma parte da população se desloque até a UBS, a equipe de saúde trabalha de forma itinerante se deslocando para as fazendas mais distantes para atendimento da população rural. O atendimento nestes locais é realizado em escolas, igrejas, sedes de trabalhadores e residências de usuários, muitas vezes em condições precárias, sem água, energia e higiene adequada. São cerca de 29 fazendas distribuídas em um vasto território e com pouca densidade populacional com casas muito distantes uma das outras e áreas pouco habitadas. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRANQUINHA, 2017).

Desta forma é elaborado um cronograma no início de cada mês visando abranger todas as áreas cobertas pelos agentes de saúde, o que se trata de um verdadeiro desafio, uma vez que a abrangência territorial da equipe é muito extensa e inevitavelmente alguma área acaba ficando descoberta num determinado mês.

O trabalho da equipe de saúde está voltado ao atendimento dos grupos prioritários como puericultura, gestantes, atendimento de hipertensos e diabéticos e demanda espontânea. São cerca de 384 famílias distribuídas entre seis ACS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRANQUINHA, 2017). A enfermeira realiza regularmente a coleta de colpocitologia e são realizadas reuniões periódicas com mulheres, adolescentes e idosos sobre temas variados visando educação em saúde e esclarecimento sobre as condições de saúde mais comuns a estas populações.

As visitas domiciliares são realizadas de forma periódica aos pacientes acamados e idosos com dificuldade de locomoção ou mesmo aqueles que

hipertensos e diabéticos que não costumam comparecer ao atendimento na UBS.

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

No decorrer de mais de um ano atuando como médico da equipe de saúde Santo Antônio da Boa Vista pelo Programa Mais Médicos, pude observar alguns problemas em conjunto com a equipe. Partindo da metodologia da Estimativa Rápida Participativa, foi feita observação em campo pela equipe de saúde, entrevista com informantes-chave (líderes comunitários, usuários da UBS, ACS) e rodas de conversa com a população, visando identificar os principais problemas vivenciados pela população e pela equipe no seu dia a dia de trabalho. Foram eles elencados:

- Dificuldade de transporte. Em épocas chuvosas, as estradas que dão acesso às fazendas mais distantes ficam em péssimo estado, o que impede a ida da equipe a tais áreas. Para piorar, a caminhonete que usávamos para deslocamento encontra-se quebrada e sem previsão de concerto.
- A abrangência territorial da equipe muito extensa, o que dificulta a assistência à toda população, sobretudo aos que moram mais distantes da UBS. Abrangemos cerca de 29 fazendas, algumas delas com poucos moradores, porém com grande extensão territorial configurando uma área com baixa densidade populacional. Muitas dessas áreas são visitadas apenas uma vez no mês. O tempo de carro desde o centro da cidade até tais fazendas chega a aproximadamente 2 horas.
- Condições de saneamento básico inexistentes: Não há coleta de lixo e o esgoto corre a céu aberto. O lixo produzido pelas famílias costuma ser incinerado gerando um péssimo odor.
- Elevada taxa de obesidade na população acarretando problemas como diabetes, hipertensão, artrose e distúrbios osteoarticulares.

- Elevada prevalência de parasitoses na população: Tal fato é justificado em grande parte pela ausência de saneamento básico e hábitos de higiene precários.
- Falta de adesão às práticas regulares de atividade física pela população em geral.
- Falta de recursos do município no que diz respeito aos níveis de atenção à saúde, dependendo muito dos municípios vizinhos para serviços de urgências, consultas ambulatoriais, internamentos e exames. O pronto atendimento 24 horas que funciona junto a uma UBS da zona urbana deveria funcionar com médico em período integral, porém só funciona durante o expediente da UBS até às 15h30. Daí em diante o pronto atendimento conta apenas com um enfermeiro e um técnico de enfermagem, sendo a maioria dos casos encaminhados para as cidades vizinhas.

1.7 Priorização dos problemas (segundo passo)

O quadro 1 sintetiza os principais problemas encontrados na comunidade Santo Antônio da Boa Vista, bem como sua capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde e prioridades, tendo em vista a realidade do município.

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde, Unidade Básica de Saúde Santo Antônio da Boa Vista, município de Branquinha, estado de Alagoas.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alta prevalência de parasitoses intestinais	Alta	6	Total	1
Obesidade	Alta	4	Total	2
Sedentarismo	Alta	4	Total	3
Condições de	Alta	6	Fora	4

saneamento básico precárias				
Assistência municipal a saúde limitada	Alta	6	Fora	5
Dificuldade de transporte	Alta	3	Fora	6
Abrangência territorial extensa	Alta	1	Fora	7

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2. JUSTIFICATIVA

O problema prioritário selecionado foi “Alta Prevalência de Parasitoses intestinais”, tendo em vista a importância dessa enfermidade na comunidade Santo Antônio da Boa Vista e pelas graves consequências que tal condição pode causar, sobretudo em crianças como anemia, baixo peso, desnutrição e diarreia. As principais parasitoses encontradas rotineiramente nos exames parasitológicos de fezes nesta comunidade são giardíase, amebíase, ascaridíase, ancilostomíase e esquistossomose. Tem se observado índice razoável de pacientes com hepatopatia crônica de etiologia esquistossomótica, crianças com algum grau de desnutrição e anemia, além de quadros agudos de diarreia.

A alta prevalência dessas parasitoses se justifica pelas precárias condições de saneamento básico, má qualidade da água ofertada, bem como o seu tratamento inadequado, más condições de higiene e lavagem inadequada dos alimentos. Associado a isso a comunidade, em sua maior parte, tem baixo nível de instrução e desconhece as formas de prevenção das parasitoses intestinais, bem como a forma correta de higiene das mãos e alimentos e tratamento da água.

Estima-se que infecções intestinais causadas por helmintos e protozoários afetem cerca de 3,5 bilhões de pessoas, causando enfermidades em aproximadamente 450 milhões ao redor do mundo, a maior parte destas em crianças. Desnutrição, anemia, diminuição no crescimento, retardo cognitivo, irritabilidade, aumento de suscetibilidade a outras infecções e complicações agudas são algumas das morbidades decorrentes (BELO et al. 2012).

Desta forma, justifica-se a escolha do tema dada a grande importância para a saúde pública nacional, sobretudo tendo em vista as suas consequências para a qualidade de vida da população e a ausência de ações específicas voltadas para a prevenção de tais enfermidades na comunidade Santo Antônio da Boa Vista na zona rural de Branquinha, Alagoas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

- Propor um plano de intervenção tendo em vista a prevenção das parasitoses intestinais na comunidade Santo Antônio da Boa Vista em Branquinha – Alagoas.

3.2 Objetivos específicos:

- Discutir com a comunidade os hábitos higiênicos e sanitários na área de abrangência da equipe.
- Aumentar o nível de informação da população sobre parasitose na área de abrangência da equipe.
- Promover maior conhecimento à população a respeito das medidas de higiene adequadas por meio de ações educativas.
- Incentivar o tratamento adequado da água para consumo.
- Propiciar melhorias na prevalência dos índices de desnutrição, anemia e complicações crônicas decorrentes das parasitoses intestinais.

4. METODOLOGIA

Foi feito o diagnóstico situacional do território identificando as características da população, faixa etária, escolaridade, ocupação, renda familiar e seus principais problemas de saúde bem como as dificuldades da equipe no exercício de suas atividades. Os dados para o diagnóstico situacional foram coletados no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e através de documentos da Secretaria Municipal de Saúde. Após discussão com a equipe foi definido o principal problema levando em conta a sua importância e potenciais consequências a curto e longo prazo.

Foi realizada revisão de literatura sobre o tema escolhido nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Biblioteca Virtual da UFMG usando os descritores: Parasitoses, Promoção da saúde, Saneamento básico e Atenção Primária.

Após realizado o diagnóstico situacional, foram planejadas intervenções para garantir a prevenção dos casos de parasitoses intestinais seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Serão realizadas ações educativas junto aos escolares e responsáveis com formação de rodas de conversa, elaboração de cartazes, panfletos, dramatizações e oficinas enfatizando a coleta adequada dos exames parasitológicos de fezes bem como seu armazenamento, evitando eventuais contaminações ou perda das amostras por má conservação. Os exames são realizados em um laboratório particular conveniado a prefeitura no município vizinho de União dos Palmares.

5. REVISÃO DE LITERATURA

- **Estratégia de Saúde da Família**

A Estratégia Saúde da Família busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

A proximidade da equipe de saúde com o usuário permite que se conheça a pessoa, a família e a vizinhança. Isso garante uma maior adesão do usuário aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde. O resultado é mais problemas de saúde resolvidos na Atenção Básica, sem a necessidade de intervenção de média e alta complexidade em uma Unidade de Pronto Atendimento ou hospital. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

- **Impacto das doenças parasitárias**

Doenças parasitárias são importantes do ponto de vista médico-social, por produzirem déficit orgânico, afetando o desenvolvimento normal das crianças e limitando as atividades da população em geral. As parasitoses acometem um alto percentual da população humana, principalmente a comunidade de baixa renda que possui condições climáticas e ambientais favoráveis para sua evolução e propagação. A maioria das infecções causadas pelos parasitas costuma ser adquirida por via oral através da contaminação fecal da água e alimentos e são mais endêmicas em países com más condições de saneamento de água (TAVARES et al., 2001).

As parasitoses intestinais constituem um grave problema de saúde pública, tornando-se uns dos principais fatores debilitantes da população, associando-se frequentemente a quadros de diarreia crônica e desnutrição, comprometendo, assim, o desenvolvimento físico e intelectual, particularmente das faixas etárias mais jovens da população (PEDRAZZANI et al., 1989). A ocorrência de parasitoses intestinais na idade infantil, especialmente na idade

escolar, consiste em um fator agravante da subnutrição, podendo levar à morbidade nutricional, geralmente acompanhada da diarreia crônica. Esses fatores refletem diretamente no rendimento escolar, promovendo a incapacitação física e intelectual dos indivíduos parasitados (MACEDO, 2005).

A chamada teoria da transição demográfica postula que os países em geral costumam apresentar quatro estágios na sua dinâmica populacional, partindo de padrões caracterizados por alta mortalidade e alta fecundidade, para um último estágio com baixos níveis desses indicadores. Assim, as sociedades primitivas estariam no primeiro estágio, apresentando, do ponto de vista epidemiológico, as doenças infecto-parasitárias como principal causa de morbimortalidade. Já as sociedades modernas vivenciam o quarto e último estágio, exibindo as doenças crônicas não transmissíveis em primeiro lugar na geração de doenças e óbitos. (ALVES; SANTOS FILHO 2005).

Os países em desenvolvimento, como o Brasil, apresentariam uma situação intermediária, chamada de transição epidemiológica: doenças infecto-parasitárias em queda progressiva de importância na geração de doenças, mas ainda com significativos níveis de prevalência e dando lugar às doenças crônicas não transmissíveis. De fato, no ano de 2001, a primeira causa de óbito em nosso país foram as doenças do aparelho circulatório, ficando as infecto-parasitárias na sétima posição (ALVES; SANTOS FILHO 2005).

Apesar dessa queda, as parasitoses intestinais seguem sendo um grave problema de Saúde Pública em nossa federação, particularmente nos Estados mais pobres e nas periferias dos grandes centros urbanos (ALVES; SANTOS FILHO 2005).

- **Principais parasitoses intestinais**

A espécie *Ascaris lumbricoides* é uma das mais prevalentes em todo o mundo. Sua presença está relacionada a fatores como baixo nível socioeconômico, precárias condições de saneamento básico, de higiene

pessoal e de alimentos. Os ovos dessa espécie são viáveis no solo durante meses ou anos e, quando em condições favoráveis de temperatura e umidade, permitem que o peridomicílio funcione como foco de infecção e reinfecção. (ANDRADE *et al*, 2010)

Os ancilostomídeos (*Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus*) têm ampla distribuição geográfica e elevada prevalência, constituindo uma infecção mais comum em zonas rurais. A giardíase é comum em crianças menores de dez anos de idade, apresentando alta prevalência em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. (ANDRADE *et al*, 2010)

A amebíase (*Entamoeba histolytica*) leva ao óbito cerca de 100.000 pessoas por ano, sendo superada apenas pela malária em número de mortes por protozoários. A esquistossomose (*Schistosoma mansoni*) é uma parasitose intestinal de ampla distribuição. No mundo, segundo dados da OMS, existem 84 milhões de doentes, principalmente nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. No Brasil, é endêmica e acomete cerca de seis milhões de pessoas por ano, sendo uma das doenças infecciosas mais relevantes, principalmente pela sua alta morbidade, mortalidade e ampla distribuição geográfica. (ANDRADE *et al*, 2010)

- **Manifestações clínicas e controle**

A sintomatologia pode variar de leve a grave. Nos quadros leves, as manifestações podem ser inespecíficas, como anorexia, irritabilidade, distúrbios do sono, vômitos ocasionais, náuseas e diarreia. Quadros mais graves, são mais comuns em pacientes desnutridos e imunodeprimidos (MELO, 2004). Na população pediátrica, a situação se agrava principalmente em crianças até 5 anos de idade, em razão dos hábitos higiênicos precários, da ausência de imunidade a infecções e reinfecções e da dependência de cuidados alheios (BARÇANTE; CAVALCANTI, 2008). O aparecimento ou agravamento da desnutrição ocorre através de vários mecanismos, tais como lesão de mucosa (*Giardia intestinalis*, *Necator americanus*, *Strongyloides stercoralis*, *coccídios*),

alteração do metabolismo de sais biliares (*Giardia intestinalis*), competição alimentar (*Ascaris lumbricoides*), exsudação intestinal (*Giardia intestinalis*, *Strongyloides stercoralis*, *Necator americanus*, *Trichuris trichiura*), favorecimento de proliferação bacteriana (*Entamoeba histolytica*) e hemorragias (*Necator americanus*, *Trichuris trichiura*) (ANDRADE et al., 2010).

Neste contexto, um ambiente que tem sido cada vez mais estudado por aumentar a susceptibilidade de crianças às infecções parasitárias é o ambiente coletivo de creches e instituições congêneres. Eles proporcionam grande circulação e transmissão de agentes patogênicos, uma vez que ali são comuns: aumento do contato interpessoal, maior contato com o solo e precárias condições de higiene, inerentes à exploração da fase oral pelas crianças (BOEIRA et al., 2010).

Devido aos efeitos deletérios ocasionados à saúde dos indivíduos, vários programas têm sido dirigidos para o controle das parasitoses intestinais em diferentes países, mas, infelizmente, constata-se um descompasso entre o êxito alcançado nos países mais desenvolvidos e aquele verificado nas economias menos favorecidas. Além do custo financeiro das medidas técnicas, a falta de projetos educativos com a participação da comunidade dificulta a implementação das ações de controle. Há que se considerar, portanto, que além da melhoria das condições sócio-econômicas e de infra-estrutura geral, o engajamento comunitário é um dos aspectos fundamentais para a implantação, desenvolvimento e sucesso dos programas de controle (BOEIRA et al., 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no mundo existam mais de 3,5 bilhões de pessoas infectadas com alguma espécie de parasito intestinal, apresentando 450 milhões de doentes. Ainda, segundo a OMS, as doenças infecciosas e parasitárias continuam a figurar entre as principais causas de morte, sendo responsável por 2 milhões a 3 milhões de óbitos por ano. Uma em cada dez pessoas no mundo sofre por infecção de uma ou mais das dez principais parasitoses, que incluem: ascaridíase, ancilostomíase,

tricuríase, amebíase, esquistossomíase, giardíase, malária, filariíase, tripanossomíase e leishmaníase (OMS, 1987).

- **Perspectivas atuais e futuras**

É reconhecido o progresso, em nosso território, das condições relacionadas aos fatores acima citados em décadas recentes. Por isso, é muito provável que essa melhoria tenha contribuído para a queda na prevalência das doenças infecto-parasitárias. Tal premissa nos leva a crer que, mantida a rota do desenvolvimento e da geração de bem-estar, as doenças infecto-parasitárias diminuirão em níveis muito baixos em futuro próximo, deixando de ser um problema sanitário (ALVES; SANTOS FILHO 2005).

Pereira (2003) ressalta que a prática educativa em saúde se refere tanto às atividades de educação em saúde voltada para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando a formação do ser sadio, como atividades dirigidas aos trabalhadores da área de saúde e de educação através da formação profissional contínua. As ações de saúde não estão relacionadas somente à utilização do raciocínio clínico, do diagnóstico, da prescrição de cuidados e da avaliação da terapêutica instituída. Saúde, não são apenas processos de intervenção na doença, mas processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, socioeconômicos e espirituais.

É necessário formar uma nova mentalidade sobre a importância da proteção contra doenças e a luta pelo direito à saúde. As discussões do processo de adoecer devem ser continuamente problematizadas no ambiente escolar, para que no futuro sejam formados cidadãos mais críticos e sadios. O professor, neste sentido, amplia o seu papel educativo, tornando-se promotor de saúde, reconstruindo valores culturais que possibilitarão a transformação dos códigos sociais de cada sociedade (ORLANDINI; MATSUMOTO 2009).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Seleção do problema prioritário e descrição (terceiro passo)

O problema prioritário selecionado foi “Alta Prevalência de Parasitoses Intestinais”, tendo em vista a importância dessa enfermidade na comunidade Santo Antônio da Boa Vista na zona rural de Branquinha, Alagoas e pelas graves consequências que tal condição pode causar, sobretudo em crianças como anemia, baixo peso, desnutrição e diarreia. As principais parasitoses encontradas rotineiramente nos exames parasitológicos de fezes na comunidade são giardíase, amebíase, ascaridíase, ancilostomíase e esquistossomose. Tem se observado índice razoável de pacientes com hepatopatia crônica de etiologia esquistossomótica, crianças com algum grau de desnutrição e anemia, além de quadros agudos de diarreia.

A escolha desse tema está associada a forma simples de se lidar com ele, dispensando grandes recursos e intervenções e basicamente trabalhando de forma educativa e orientativa, proporcionando a disseminação da informação sobre o tema na comunidade.

6.2 Explicação do problema selecionado. (quarto passo)

As parasitoses intestinais estão entre as infecções mais comuns em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos onde as condições de vida e de saneamento básico são insatisfatórias ou inexistentes. O desconhecimento de princípios de higiene pessoal e de cuidados na preparação dos alimentos facilita a infecção e predispõe a reinfecção em áreas endêmicas. (ANDRADE et al. 2010).

As parasitoses intestinais continuam representando um significativo problema médico-sanitário, tendo em vista o grande número de pessoas acometidas e as variadas alterações orgânicas que podem vir a ocasionar, tanto por ação espoliativa, quanto pela possibilidade de prejudicar a absorção

intestinal e ocasionar quadros clínicos abdominais agudos ou mesmo quadros graves, que podem ocorrer em indivíduos imunocomprometidos, ou subnutridos, por exemplo (MARINHO, 2008).

A prevalência de infecções por parasitos intestinais é um dos melhores indicadores do *status* socioeconômico de uma população 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. Ainda que, nas últimas décadas, o Brasil tenha passado por modificações que melhoraram a qualidade de vida de sua população, as parasitoses intestinais ainda são endêmicas em diversas áreas do país, constituindo um problema relevante de Saúde Pública (BELO et al. 2012).

6.3 Definição dos “Nós Críticos” (quinto passo)

Baseado nas principais causas relacionadas ao surgimento das parasitoses intestinais, podemos identificar aquelas principais e que produzem maior impacto sobre o problema e devem ser amplamente trabalhadas:

- 1- Falta de informação da população sobre as parasitoses intestinais.
- 2- Higiene precária das mãos e alimentos.
- 3- Tratamento da água inadequado.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

O quadro 2 refere-se ao nó crítico 1 e apresenta de forma sucinta a forma com que a equipe trabalhará com o objetivo de trazer mais informações a comunidade sobre o tema Parasitoses Intestinais.

Quadro 2: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de informação da população sobre as parasitoses intestinais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio da Boa Vista, Branquinha, Alagoas.

Nó crítico 1	Falta de informação da população sobre as parasitoses intestinais
Operação	Educar e informar a população sobre as parasitoses intestinais e sua relação com as condições socioambientais e de higiene
Projeto	“Saber para combater!”
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do processo saúde doença relacionado às parasitoses intestinais; • Melhora dos hábitos de higiene da população; • Maior procura a UBS por pacientes sintomáticos, aumentando a captação de casos e reduzindo sua propagação
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Redução dos casos de infestação parasitária; • Redução dos casos de diarreia, anemia e desnutrição; Melhora na qualidade de vida.
Recursos necessários (sétimo passo)	<p>Estrutural: Centros comunitários, escolas e igrejas para realização de palestras. Utilização de panfletos informativos, cartazes e banners para divulgação do conhecimento.</p> <p>Cognitivo: Médico e enfermeira são responsáveis por realizar palestras e capacitar técnicos, agentes de saúde e demais profissionais da equipe para propagação do conhecimento.</p> <p>Financeiro: Recurso financeiro para confecção de panfletos, cartazes e banners.</p> <p>De gestão: Articulação junto à secretaria municipal de saúde e prefeitura para viabilização das ações.</p>
Recursos críticos	Cognitivo e Financeiro
Controle dos recursos críticos	<p>Cognitivo: Médico, enfermeira e demais membros da equipe. Motivação: Favorável.</p> <p>Financeiro: Secretaria Municipal de Saúde. Motivação: Favorável.</p>
Ações estratégicas (oitavo passo)	Apresentar o projeto à Secretaria Municipal de Saúde e escolas da região.

Prazo	60 dias.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações (nono passo)	Médico: Ricardo Lira
Processo de monitoramento e avaliação das operações (décimo passo)	<ul style="list-style-type: none"> • O projeto será acompanhado pelas secretarias de saúde e educação e poderá ser avaliado pela população por meio de questionário de avaliação; • Apresentação de trabalhos feitos por escolares; • Acompanhamento trimestral da prevalência de parasitoses na população.

O quadro 3 a seguir traz o desenho das operações referente ao nó crítico 2 e descreve os principais pontos a serem discutidos na abordagem da higiene adequada das mãos e alimentos

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Higiene Precária das mãos e alimentos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio da Boa Vista, Branquinha, Alagoas.

Nó crítico 2	Higiene Precária das mãos e alimentos
Operações	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a forma correta de lavagem das mãos e alimentos antes das refeições; • Abordagem domiciliar do indivíduo identificando diretamente as condições críticas para o processo saúde doença
Projeto	“Mãos à obra”
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar hábitos de higiene da população; • Diminuir incidência das complicações decorrentes das parasitoses como anemia, desnutrição e perversão do apetite.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de palestras educativas nas escolas e em postos de saúde sobre lavagem adequada das mãos e cuidado com os alimentos; • Distribuição de hipoclorito por meio dos agentes de saúde.
Recursos necessários (sétimo passo)	<p>Estrutural: Fornecimento de água e pias adequadas para lavagem correta das mãos, bem como material básico de higiene</p> <p>Cognitivo: Montar uma estratégia voltada para o público infantil para que estes sejam multiplicadores do conhecimento.</p> <p>Financeiro: Recurso para confecção de panfletos informativos, banners e fornecimento do hipoclorito.</p> <p>Político: Articulação junto à Secretaria Municipal de Saúde e escolas da comunidade.</p>
Recursos críticos	Estrutural e Cognitivo.
Controle dos recursos críticos	<p>Estrutural: Companhia de abastecimento hídrico. Motivação: favorável</p> <p>Cognitivo: Equipe de saúde visando informar sobretudo escolares. Motivação: favorável</p>
Ações estratégicas (oitavo passo)	Apresentar o projeto à Secretaria Municipal de Saúde e escolas da comunidade

Prazo	30 dias.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações (nono passo)	Enfermeira: Maria Alice de Morais
Processo de monitoramento e avaliação das operações (décimo passo)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação por meio de questionário aplicado nas escolas e centros comunitários sobre o impacto das informações adquiridas durante palestra; • Controle trimestral em relação aos casos de parasitoses intestinais.

O quadro 4 a seguir traz o desenho das operações referente ao nó crítico 3 e descreve os principais tópicos em relação às formas de tratamento adequado da água na comunidade Santo Antônio da Boa Vista

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Tratamento da água inadequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio da Boa Vista, Branquinha, Alagoas.

Nó crítico 3	Tratamento da água inadequado.
Operação	Orientar sobre a forma adequada de tratamento da água como filtragem e fervura além da utilização do hipoclorito.
Projeto	Água, o melhor remédio.
Resultados esperados	População informada sobre formas de tratamento da água visando prevenir doenças de veiculação hídrica como parasitoses e enteroviroses.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Redução dos casos de diarreia e vômitos associados a doenças de veiculação hídrica; • Prevenção dos casos de desidratação e desnutrição.
Recursos necessários (sétimo passo)	<p>Estrutural: Água adequadamente tratada.</p> <p>Cognitivo: Panfletos e cartazes informativos sobre formas de tratamento da água.</p> <p>Financeiro: Recursos para confecção de panfletos e cartazes.</p> <p>Político: Articulação junto a secretaria municipal de saúde, prefeitura e companhia de abastecimento hídrico, visando uma melhor qualidade da água.</p>
Recursos críticos	Cognitivo e Político
Controle dos recursos críticos	<p>Cognitivo: Equipe de saúde e comunidade envolvida Motivação: Favorável</p> <p>Político: Secretaria municipal de saúde, prefeitura e companhia de abastecimento Motivação: favorável</p>
Ações estratégicas (oitavo passo)	Apresentar o projeto a comunidade e aos órgãos competentes
Prazo	90 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações (nono passo)	Técnico de enfermagem: José Haroldo Moreira

Processo de monitoramento e avaliação das operações (décimo passo)	<ul style="list-style-type: none">• Visitas domiciliares regulares realizadas pelos ACS visando observar forma de tratamento da água e utilização do hipoclorito;• Controle trimestral dos casos de parasitoses por meio de exame parasitológico de fezes.
---	---

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As enteroparasitoses constituem um relevante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. São endêmicas em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, afetando desproporcionalmente populações desfavorecidas social e economicamente. No Brasil, requerem investigação epidemiológica que inclua a identificação das variáveis de prevalência nas diversas regiões geográficas, visando estratégias de ação integrada no controle das mesmas.

Esperamos que a partir da execução do plano operativo proposto em nosso trabalho, os pacientes se conscientizem dos agravos gerados pelas parasitoses intestinais, e reconheçam os principais mecanismos de transmissão desse grupo de doenças, reduzindo, desta forma, a incidência e prevalência das enteroparasitoses. É de suma importância a compreensão da população para aceitar as medidas de promoção e de prevenção para o controle das parasitoses, incorporando medidas sócio-educativas por meio de palestras, salas de espera, oficinas e datas comemorativas, divulgando a importância da higiene adequada das mãos e alimentos e tratamento correto da água e lixo ajudando significativamente na redução da incidência de parasitoses intestinais.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. **Municípios da 3ª Região da Saúde: Um guia básico para a atenção integrada na gestão SUS em Alagoas.** 2017. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/indicadores/>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

ALVES, J.A.R; SANTOS FILHO, A. Parasitoses Intestinais na infância. **Pediatria Moderna.** São Paulo, 41(1):7-15, 2005.

ANDRADE E.C *et al.* Parasitoses intestinais: uma revisão sobre seus aspectos sociais, epidemiológicos, clínicos e terapêuticos. **Rev. APS,** Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 231-240, 2010.

BOEIRA, V.L. et al. Educação em saúde como instrumento de controle de parasitoses em crianças. **Revista Varia Scientia,** Cascavel. v. 9, n.15, p 35-43, 2010.

BARÇANTE, T.A.; CAVALCANTI, D.V. Enteroparasitoses em crianças matriculadas em creches públicas do município de Vespasiana, Minas Gerais. **Revista de Patologia Tropical.** Goiânia v. 37, n. 1, p. 33-42, 2008.

BELO V.S. *et al.* Fatores associados à ocorrência de parasitoses intestinais em uma população de crianças e adolescentes **Rev Paul Pediatr;** São Paulo 30(2):195-201. 2012

BRANQUINHA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório de Estrutura de Ofertas dos Municípios Selecionados Para Avaliação e Monitoramento do Processo de Trabalho das Equipes de Atenção Primária.** 2017. Disponível em: <<http://www.branquinha.al.gov.br/secretaria/id/14/?secretaria-municipal-de-saude-sms.html>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG,

2010. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 31/08/17.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico: resultados preliminares.** 2017 Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/branquinha/panorama>> Acesso em 04 de setembro de 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010.** Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/branquinha/panorama>> Acesso em 15 de agosto de 2017.

MACEDO, H. S. Prevalência de parasitos e comensais intestinais em crianças de escolas da rede pública municipal de Paracatu (MG). **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 37, n.4, p. 209-213, 2005.

MARINHO, J.P. Prevalência das parasitoses intestinais e esquistossomose no município de Piau - Minas Gerais. 2008. 49 f. TCC (Graduação) - Curso de Farmácia, Faculdade de Farmácia e Bioquímica, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

MELO, M.C.B. Parasitoses intestinais. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte v. 14, n.1, p. 3-12, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de informação de atenção básica.** 2015. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABCAL.def>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia de Saúde da Família, 2018.** Disponível em < <http://portalsms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>>. Acesso em 04 Set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevención y control de las infecciones parasitarias intestinales**. Spain: OMS, 1987. (Série de informes técnicos, 749).

ORLANDINI, M.R.; MATSUMOTO L.S. **Prevalência de parasitoses intestinais em escolares**. Monografia de Conclusão de Curso – Universidade Estadual do Norte do Paraná, 2009. Disponível em <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1655-8.pdf>. Acesso em 15 Ago 2017

PEDRAZZANI, E.S. et al. Helminthoses Intestinais. III- Programa de Educação e Saúde em Verminose. *Revista de Saúde Pública*, v.23, n.3, p. 189-19, 1989.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BRANQUINHA. **Site Oficial da Prefeitura**. 2017. Disponível em: <<http://www.branquinha.al.gov.br/>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

TAVARES, A. D. et al. Prevalência de parasitose em uma escola pública frequentada por crianças de baixo nível sócio-econômico. In: Congresso Brasileiro de Extensão Universitária UFPB, 2001, Campina Grande -PB. **Anais do I Congresso Brasileiro de Extensão Universitária UFPB**, Campina Grande – PB, 2001. (CD-ROOM).