

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO (UFTM)
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Thiago Cabral Bessa

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR CASOS DE
ESQUISTOSSOMOSE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATEGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA V, NA CIDADE DE ITAMBACURI – MINAS GERAIS.**

**TEOFILO OTONI / MINAS GERAIS
2020**

Thiago Cabral Bessa

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR CASOS DE
ESQUISTOSSOMOSE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATEGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA V, NA CIDADE DE ITAMBACURI – MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Regina Maura Rezende

**TEOFILO OTONI / MINAS GERAIS
2020**

Thiago Cabral Bessa

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR CASOS DE
ESQUISTOSSOMOSE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATEGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA V, NA CIDADE DE ITAMBACURI – MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Regina Maura Rezende

Banca examinadora

Professora Dra. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Professora Maria Dolores Soares Madureira – Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Teófilo Otoni, em 14 de junho de 2020.

Dedico este trabalho à minha família, e, em especial a meus pais que sempre estiveram ao meu lado, meu irmão Lucas e amigos que me acompanharam durante a jornada.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio e dedicação, em especial aos meus pais que nunca mediram esforços para que eu realizasse meus sonhos, meu muito obrigado, vocês fazem parte de cada sonho meu; essa vitória é nossa!

Aos meus amigos, colegas e também àquelas pessoas que, em algum momento fizeram parte da minha vida, meu muito obrigado por dividir momentos muito especiais, pois, acredito que ninguém cresce sozinho; é preciso receber estímulos, palavras de incentivo, gestos de carinho e amor dos mais próximos, objetivando o sucesso, e, a vocês que me apoiaram, minha eterna gratidão.

Aos professores pelos bons ensinamentos e, em especial à Patrícia, pelo apoio e esclarecimentos que foram edificantes para construção deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BR 116	Rodovia Federal 116
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
COPRIL	Cooperativa dos Produtores Rurais de Itambacuri
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Km ²	Quilômetro Quadrado
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção de Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PES	Planejamento estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SAAE	Serviço Autônomo de Água e Esgoto
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - População de Itambacuri – MG por local	10
Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde V, Unidade Básica de Saúde Viver com Saúde, distrito de Guarataia, município de Itambacuri, estado de Minas Gerais	16
Imagem 2 – Expansão da Esquistossomose no território brasileiro	20
Quadro 2 Classificação da área de acordo com a prevalência da esquistossomose	21
Imagem 3 – Ciclo de Transmissão do Schistosoma Mansoni	23
Quadro 3 – Descrição do Problema	26
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto índice de casos de esquistossomose”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família V, da Unidade Básica de Saúde Viver com Saúde, distrito de Guarataia, no município Itambacuri, Estado de Minas Gerais	29
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto índice de casos de esquistossomose”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família V, da Unidade Básica de Saúde Viver com Saúde, distrito de Guarataia, no município Itambacuri, Estado de Minas Gerais	31
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto índice de casos de esquistossomose”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família V, da Unidade Básica de Saúde Viver com Saúde, distrito de Guarataia, no município Itambacuri, Estado de Minas Gerais	33

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Aspectos gerais do município de Itambacuri – MG	9
1.2 Aspectos gerais do distrito de Guarataia – MG	10
1.3 O sistema municipal de saúde de Itambacuri – MG	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde “Viver com Saúde” V	12
1.5 A Equipe de Saúde da Família V, da Unidade Básica de Saúde Viver com Saúde	12
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe da ESF V	13
1.7 O dia a dia da equipe de saúde V	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	15
1.9 Priorização dos problemas: a seleção do problema para plano de intervenção	16
2. JUSTIFICATIVA	17
3. OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4. METODOLOGIA	19
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
5.1 Histórico da doença	20
5.2 Descrição da doença	21
5.3 Diagnóstico	23
5.4 Tratamento	23
5.5 Controle da doença e educação em saúde	24
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	26
6.1 Descrição do problema selecionado (Terceiro passo)	26
6.2 Explicação do problema (Quarto passo)	27
6.3 Seleção dos nós críticos (Quinto passo)	27
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município De Itambacuri – MG.

A cidade de Itambacuri – Estado de Minas Gerais está localizada no Vale do Rio Doce na região sudeste, possui 23.212 habitantes, conta com uma área territorial de 1.419,209 km² (BRASIL, 2018). As cidades vizinhas são Campanário, Teófilo Otoni e Frei Gaspar, sendo que Teófilo Otoni é a maior cidade dos arredores.

A economia da cidade baseia-se em atividades rurais tais como: gado de corte, leite, agricultura familiar e comércios variados; e possui também uma fábrica de ração e cooperativa dos produtores rurais com serviços de laticínios que industrializa a produção de leite, e gera emprego a 60 funcionários diretamente ligados à produção. Além do mercado micro regional, apresenta ampla difusão de seus produtos no Rio de Janeiro, Minas Gerais, Estados do Nordeste; apresenta também dois grandes supermercados que empregam mais de 40 funcionários diretos em um e outro emprega 28 funcionários.

No município,

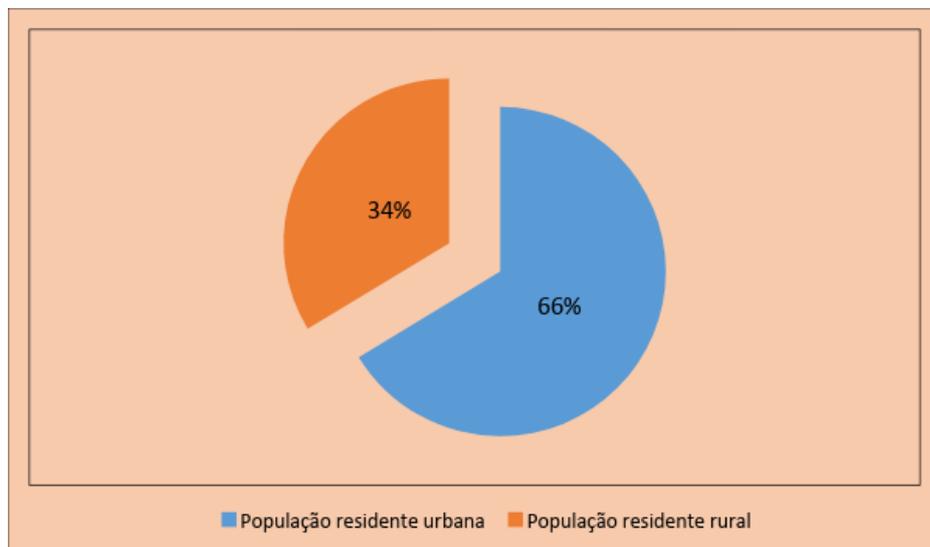
... em 2016, o salário médio mensal era de 1.6 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 9.4%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 435 de 853 e 575 de 853, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 4075 de 5570 e 3395 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 43.9% da população nessas condições, o que o colocava na posição 197 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 2268 de 5570 dentre as cidades do Brasil. (BRASIL, 2018, p. 03).

No que se refere à educação, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos é de 98,2% (BRASIL, 2018).

A taxa de mortalidade infantil média em Itambacuri - MG é de 17.60 para 1.000 nascidos vivos. As internações decorrentes de diarreias são de 7.8 para cada 1.000 habitantes (BRASIL, 2018).

As Estratégias de Saúde da Família são nove no seu total, sendo seis equipes na zona urbana e três na zona rural, e, esta última possui área bem densa e há uma rotatividade maior de profissionais devido às péssimas condições de transporte e os lugarejos serem bem distantes.

Figura 1- População de Itambacuri – MG por local



Fonte: Plano Municipal de Itambacuri, 2018-2021.

1.2 Aspectos Gerais do Distrito de Guarataia, Minas Gerais

Guarataia é um distrito do município de Itambacuri, e está situado no interior do estado de Minas Gerais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), sua população no ano de 2010 era de 1.007 habitantes, sendo 540 homens e 467 mulheres, possuindo um total de 461 domicílios particulares. O município foi criado em 12 de dezembro de 1953, e, economia do lugarejo advém da atividade agrícola, criação de gado de leite e corte e agricultura familiar (IBGE, 2019). A comunidade é pacata, possui uma escola, igreja, associação, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e poucos comércios, e, conta com o apoio de assistência social por meio do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da zona rural, e que tem realizado visitas domiciliares aos cidadãos vulneráveis.

A comunidade não tem estrutura de saneamento básico, o lixo é queimado, há pouca escolaridade, e observa-se evasão escolar; as crianças geralmente abandonam a escola para trabalhar na lavoura, mas, por ser um pequeno povoado, vem se desenvolvendo. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar festas religiosas.

A unidade de Saúde da Família atende também em dois pontos de apoio, o Córrego Chaves e São João, os quais se constituem em lugarejos próximos e que

possuem escola e a economia são basicamente rurais. Ao todo a ESF atende 1.533 habitantes somando a população da comunidade de Guarataia e dos dois pontos de apoio (Córrego Chaves e São João); logo, a zona rural que compreende a unidade de atendimento é muito extensa.

1.3 O Sistema Municipal de Saúde de Itambacuri, Minas Gerais

Na atenção básica o município conta com nove estratégias de Saúde da Família, sendo seis equipamentos na zona urbana e três na zona rural tem uma farmácia básica. Possui atualmente dois hospitais municipais sem Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo os atendimentos de urgência e emergência realizados nos próprios hospitais, de acordo com a escala de plantão. O primeiro é o Hospital Nossa Senhora dos Anjos, que possui 61 leitos, e, o segundo é o Hospital Tristão da Cunha com 39 leitos, totalizando 100 leitos de internação. (PLANO MUNICIPAL, 2018-2021).

Na média complexidade o município conta com um Ambulatório Municipal, onde há oferta de odontologia, pediatria, pré-consulta, curativos, imunização, eletrocardiograma, e, no equipamento não é realizada a classificação de risco dos pacientes e o atendimento é feito por ordem de chegada. Não existe protocolo clínico padronizado para o atendimento de casos de urgência e emergência.

Na alta complexidade os pacientes são cadastrados no sistema para serem encaminhados para as cidades de referência, Teófilo Otoni, Governador Valadares e Belo Horizonte.

A referência e contra referência entre os pontos de atenção existentes no município e com outros municípios são realizadas através de encaminhamentos. O Modelo de Atenção à Saúde predominante no município é o de promoção da saúde.

Atualmente o município está passando por problemas, como a queda do fundo de participação dos municípios, e bloqueios de verba por parte do Estado têm afetado seriamente o sistema de saúde; com isso a população sofre com dificuldade de adquirir medicamentos, exames, tratamento para doenças crônicas e também ocasionais, consultas e tratamentos fora do município, tanto de baixa como de alta complexidade, os quais levam tempo para serem marcados, e, assim, as demandas só aumentam.

1.4 A Unidade Básica de Saúde “Viver com Saúde” V.

A unidade Básica de Saúde - ESF V - Viver com Saúde, foi inaugurada em 1998, está localizada à Rua Frei Inocêncio, nº 2750 - Distrito de Guarataia (zona rural). Nesse local existem 1.007 habitantes segundo censo de 2010 (IBGE, 2019), como a ESF abrange o córrego Chaves e São João, a soma é de 1.553 pessoas acompanhadas.

O equipamento de saúde fica a 52 quilômetros distantes de Itambacuri, o acesso é realizado através da BR116, sendo 35 quilômetros de estrada de chão, que muitas vezes se tornam intransitáveis pela falta de manutenção e chuvas.

A estrutura do equipamento de saúde está bem fragilizada, e o prédio necessita de reformas na estrutura física que é bem antiga e não possui manutenção permanente. O equipamento de saúde dispõe de uma sala de enfermagem, uma sala de atendimento médico, um consultório odontológico, uma sala de pré-consulta, uma cozinha, uma sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), três banheiros. Na unidade falta espaço para acolhimento adequado da população, bem como uma sala de observação.

As reuniões com a população, por exemplo, são realizadas de improviso na sala de enfermagem, e, já foram realizadas várias reuniões de reivindicação junto ao gestor municipal para realizar a reforma da unidade, porém, até o presente momento, nada foi feito para resolver o problema.

Cabe ressaltar que, mesmo com a falta de estrutura para os atendimentos, a equipe se empenha para atender a população da melhor forma possível.

1.5 A Equipe de Saúde da Família V, da Unidade Básica de Saúde Viver com Saúde.

A equipe de saúde da família é formada por um Médico: T.C.B, 36 anos, médico há 03 anos, uma enfermeira: R.C.L.O., 44 anos, 10 anos atuando na área; um técnico de Enfermagem: D.C.L., 33 anos, que trabalha há 06 meses; sete Agentes Comunitários de Saúde:

- ✓ S.N., 44 anos, agente comunitária há 10 anos; atende 80 famílias;
- ✓ M.J.V.C., 37 anos, agente comunitária há 06 anos, atende 45 famílias;
- ✓ A.P.F.L., 28 anos, agente comunitária há 05 anos, atende 69 famílias;
- ✓ A.P.S., 35 anos, agente comunitária há 02 anos, atende 84 famílias;

- ✓ H. R.S., 29 anos, agente comunitário há 02 anos, atende 39 famílias,
- ✓ M. I. S. S., 27 anos, agente comunitária há 02 anos e meio, atende 84 famílias;
- ✓ G. S, 45 anos, agente comunitário de saúde há 18 anos, atende 81 famílias;

E a equipe é composta também por:

- ✓ um cirurgião dentista: S.M.A.C., 27 anos, 21 anos atuando no ESF;
- ✓ um auxiliar de saúde bucal: F G.M., 39 anos, atuando na área há 07 anos;
- ✓ um auxiliar de serviços gerais: V.S.S, 29 anos, trabalha há 02 anos;
- ✓ um motorista: A.D.P, 45 anos, trabalha há 4 anos nesta equipe.

* Em atendimento aos critérios éticos, foram utilizadas as siglas dos nomes de profissionais de saúde.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe da ESF V

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 horas às 16:00 horas segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, e para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários da região, técnica de enfermagem e enfermeira.

A ESF funciona basicamente em dias de atendimentos diferenciados durante toda a semana. Por exemplo: três dias são fixos sendo terça-feira em Guarataia, Quarta-feira no Chaves, Quinta-feira em São João. As segundas-feiras os atendimentos são realizados em escolas, fazendas, domicílios, ou comunidades onde possam agrupar pessoas, ou até mesmo realizar visitas domiciliares. Não há horário de almoço e descanso predefinidos, depende da demanda de atendimento, já que os pacientes se deslocam de grandes distancias para serem atendidos.

Nas comunidades não há necessidade de estender o horário de atendimento, já que os patrões sempre liberam os empregados para realizarem as consultas quando necessário.

1.7 O dia a dia da Equipe de Saúde V

A ESF tem se ocupado muito com atendimento da demanda espontânea, mas também realiza diversas atividades, dentre elas destacam-se: ações voltadas para saúde da criança e do adolescente, enfrentamento de endemias (dengue, hanseníase, tuberculose, etc.), fortalecimento da atenção básica, divulgação e implementação da política nacional de promoção da saúde, pré-natal, alimentação saudável, prática corporal / atividade física, prevenção e controle do tabagismo, cadastramento individual e familiar, consultas médicas, ações de saúde do homem e da mulher, consultas de enfermagem, agendamentos, visitas da equipe (encaminhamento de consultas com especialistas), saúde do idoso, redução da mortalidade materna e infantil, controle do câncer de colo de útero e mama, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, prevenção de câncer de colo de útero, planejamento familiar, acompanhamento de crianças desnutridas, ações diversas na área de saúde bucal, e, atendimento a hipertensos e diabéticos. Nos grupos de hipertensos e diabéticos há trocas de experiências, e a população tem aderido às orientações.

Na zona rural as equipes têm características próprias deslocando-se diariamente da cidade, e retornando após os atendimentos. Alguns componentes da equipe são residentes das respectivas áreas de abrangência.

Vale ressaltar a dificuldade na realização dos atendimentos dessas equipes em virtude de algumas comunidades serem de difícil acesso, dificultando assim, a continuidade do cuidado e até mesmo do vínculo com a família residente nas áreas de inclusão; isso acontece devido à disseminação das moradias, que na maioria das vezes são afastadas das unidades de apoio. Quase não sobra tempo para monitorar e avaliar o trabalho da equipe, mas há esforços para colocar em prática e propor algumas motivações e mudança perante o fazer profissional.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Inicialmente foram realizadas reuniões com a Equipe de Estratégia de Saúde da Família com a finalidade de observar quais os principais problemas vivenciados pela população adscrita à unidade. Foi feita uma Estimativa Rápida e foi possível identificar os seguintes problemas de saúde da área:

- ✓ Unidade de saúde com infraestrutura física debilitada,
- ✓ Falta de equipamentos de saúde e insumos como remédios, curativos.
- ✓ Falta de capacitação para os profissionais de saúde,
- ✓ Estradas rurais sem manutenção,
- ✓ Dificuldade para realização de visitas domiciliares e de acesso da população aos serviços de saúde, devido à extensão territorial da área, predominando a demanda de atenção espontânea.
- ✓ Alto índice de esquistossomose com incidência de casos na área, região endêmica.

A unidade de saúde se encontra com péssima infraestrutura física (existem várias goteiras, rachaduras nas paredes, infiltração, moveis sucateados); os equipamentos estragam e ficam sem conserto, como exemplo temos os equipamentos do consultório odontológico que estão estragados há tempos, faltam materiais de consumo como remédios, material para curativos, mas mesmo com essas carências a equipe de saúde tem se desdobrado para ofertar um atendimento digno e com qualidade para os pacientes. Há falta de capacitação para os funcionários, que é essencial para aprimorar os atendimentos.

A extensão territorial da área de abrangência da equipe dificulta para muitos usuários, o acesso à unidade de saúde e aos pontos de apoio de atendimento.

A precariedade das estradas rurais dificulta o acesso da equipe a grande parte dos usuários por estarem intransitáveis por causa das chuvas e falta de manutenção das vias, o que dificulta as visitas domiciliares. Apesar do número total da população ser razoavelmente pequeno, se comparado às demais unidades do município, a extensão territorial sobrepõe as demais devido a grande extensão territorial. A distância até o equipamento de atendimento e as condições de transporte também são fatores dificultadores tanto para a população quanto para os profissionais.

No que se refere à esquistossomose foi observado alto índice de casos de esquistossomose, região endêmica e pouco conhecimento da população sobre os malefícios e prevenção da doença parasitária.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção.

Segue no quadro 1 a classificação de prioridades para os problemas identificados na área de abrangência da ESF no distrito de Guarataia.

Quadro 1. Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde V, Unidade Básica de Saúde Viver com Saúde, distrito de Guarataia, município de Itambacuri, estado de Minas Gerais

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de esquistossomose com incidência de casos na área, região endêmica.	Alta	8	Parcial	1
Unidade de saúde com infraestrutura física debilitada	Alta	7	Parcial	2
Falta de equipamentos de saúde e insumos como remédios, curativos.	Alta	6	Parcial	3
Falta de capacitação para os profissionais de saúde	Alta	4	Parcial	4
Estradas rurais sem manutenção,	Alta	3	Fora	5
Dificuldade para realização de visitas domiciliares e de acesso da população aos serviços de saúde, devido à grande extensão territorial da área, predominando a demanda de atenção espontânea.	Alta	2	Parcial	6

Fonte: Autoria Própria, (2019).

Os problemas foram classificados em ordem de prioridade considerando a magnitude do problema e a capacidade de resolução da equipe. Foi eleita como prioridade a necessidade de desenvolver um plano de ação para minimizar o alto índice de esquistossomose na região.

2. JUSTIFICATIVA

A esquistossomose é uma enfermidade de perfil endêmico, agregada à pobreza e ao baixo nível de desenvolvimento econômico, presente em 54 países da África, América do Sul e na Ásia. No continente americano, o Brasil é o país com maior número de casos: acredita-se que são mais de 200 milhões de pessoas infectadas (ROCHA et al., 2016). Esses autores informam que é uma enfermidade de grande magnitude em saúde pública que chega a causar cerca de 200 mil óbitos por ano no mundo. Desse modo é avaliada como a segunda infecção parasitária de maior importância, sendo a malária, a primeira.

No Brasil, em conformidade com o Manual de Vigilância da Esquistossomose do Ministério da Saúde (MS), no período entre 2010 e 2012 incidiram 941 internações por 100 mil habitantes e 1.464 óbitos por esquistossomose nesse mesmo período (BRASIL, 2018b).

No manual é informado também que em nosso país, existem em média de 43 milhões de pessoas vivendo em áreas de risco de infecção e existem pelo menos 7 milhões infectadas (BRASIL, 2018b).

Essa é uma realidade no município de Itambacuri, especialmente no Distrito de Guarataia, área atendida pela ESF V, onde foram identificados que, dos 1.533 pacientes da área de abrangência da unidade, em 2018 e 2019 foram diagnosticados 389 pacientes com esquistossomose e segundo dados dos ACS, 756 pessoas relataram que já tiveram a doença (SIAB, 2019).

Na região do município de Itambacuri existem muitas cachoeiras e rios, que as pessoas utilizam para tomar banho e usam a água sem tratamento para consumo próprio e, não há saneamento básico, o que agrava a condição de saúde da população.

Outro fator que motivou esse trabalho é que não há rede de esgoto e tratamento de água para o consumo nessa região de atuação da equipe.

Trabalhar esse tema, envolvendo a equipe, comunidade e autoridades locais, faz se necessário devido à magnitude do problema e à repercussão que isso causa no sistema de saúde, desde casos agudos, podendo até tornarem - se crônicos e impactar diretamente na qualidade de vida das pessoas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para conscientizar e sensibilizar a população sobre cuidados a serem tomados visando diminuir os casos de esquistossomose e suas complicações.

3.2 Objetivos específicos

- Promover mobilização na população sobre seus direitos de saneamento básico, na comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família V, no Distrito de Guarataia, município de Itambacuri – Minas Gerais.

- Trabalhar educação em saúde junto à comunidade; visando uma população mais informada e conseqüente redução dos casos de incidentes da doença.

- Envolver a secretaria de saúde para aumentar a realização de exames de diagnósticos da doença, visando diagnóstico precoce e início do tratamento o mais breve possível;

- Articular ações junto entre equipe, comunidade e autoridade do município, com intuito de Garantir melhorias para a comunidade nas questões de saneamento e tratamento da água.

4. METODOLOGIA

Para elaboração do projeto foi utilizada a técnica de Estimativa Rápida observando-se a comunidade atendida pela equipe de saúde da família V, as rotinas da equipe e utilização de dados das fichas das famílias cadastradas na unidade, de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Assim foram elencados os problemas prioritários, definidos nós críticos e ações, em conformidade com Campos, Faria e Santos (2017). Estes mesmos autores relatam a técnica do Planejamento Estratégico Situacional permite conhecer a situação vivenciada pela população em um determinado território, identificando problemas e definindo prioridade de acordo com o poder de resolutividade por parte da equipe e comunidade, com participação de atores sociais, e recursos necessários à sua realização, num curto período de tempo e sem altos gastos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

Os problemas elencados no projeto foram classificados em ordem de prioridade considerando a magnitude do problema e a capacidade de resolução da equipe. Durante a construção do projeto surgiu como prioridade a necessidade de desenvolver um plano de ação que minimize o número de casos de esquistossomose na comunidade de Guarataia. Posteriormente a esta etapa foi frisada a descrição dos problemas e a seleção dos nós críticos para planejar a intervenção de forma efetiva.

Para consolidação do projeto foram consultados dados na base do SIAB, no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) bem como a consulta à literatura científica atual, por meio de revisão nas bases de dados online Google Acadêmico, bases de dados como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), na biblioteca virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), com o cruzamento das seguintes palavras chave: esquistossomose, controle da esquistossomose, *Schistosoma Mansoni*, doenças parasitárias e quadro crônico e agudo, além de livros, manuais e site do Ministério da Saúde sobre tema.

O plano de ação conta com participação efetiva da equipe junto à comunidade, com programação de atividades que envolvem equipe, comunidade e autoridades do município, cada qual com sua parcela de cooperação para que o plano seja efetivamente realizado e os objetivos sejam conquistados.

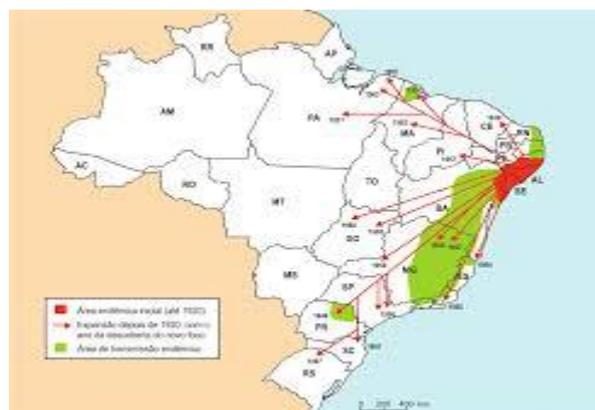
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Histórico da doença

A esquistossomose, popularmente conhecida como doença do caramujo, xistose ou barriga d'água veio ao Brasil, oriunda da África, no período da escravidão (BRASIL, 2018b). Chegando pela região Nordeste, a doença encontrou todas as condições adequadas à sua acomodação como temperaturas altas, pessoas expostas, condições deficitárias de saneamento básico, e os hospedeiros caramujos em grande quantidade, além de córregos, valas de irrigação e lagoas. Todos esses fatores contribuíram para a manifestação da doença nas comunidades que se dedicam à agricultura, especialmente nos canaviais. Com a diminuição das atividades agrícolas relativas à cana e com a abolição da escravidão calhou em forte migração para outros locais de todo o país. Dessa forma, a doença foi se espalhou pelos estados ao longo do percurso permanecendo até o momento em diversas regiões (BRASIL, 2018b).

Na imagem a seguir é ilustrada a expansão da esquistossomose no Brasil:

Imagem 2 • Expansão da esquistossomose no território brasileiro



Fonte: Brasil (2014).

Os autores Rocha et al. (2014) informam que o Ministério da saúde classifica as regiões de acordo com a prevalência dos casos de esquistossomose, mostrados no quadro a seguir:

Quadro 2 - Classificação da área de acordo com prevalência da esquistossomose

Classificação da Área	Prevalência de caos de esquistossomose
Baixa endemicidade	Abaixo de 5%
Média endemicidade	Maior que 5% e menor que 15%
Alta endemicidade	Superior a 15%.

Fonte: ROCHA et al. (2016).

Os mesmos autores afirmam que de acordo com o Ministério da Saúde, é recomendado que, em locais endêmicos onde o percentual de positividade é inferior a 15%, como estratégia de controle, deve-se aplicar o tratamento dos indivíduos com exame parasitológico de fezes positivo, evitando assim a dispersão da endemia (ROCHA et al., 2016).

5.2 Descrição da doença

A esquistossomose é uma doença parasitária, transmissível, causada pelos trematódeos do gênero *Schistosoma*. Atualmente são conhecidas seis espécies de *Schistosoma* que podem provocar a esquistossomose nos humanos: *S. mansoni*, *S. intercalatum*, *S. hematobium*, *S. mekongi*, *S. malayensis* e *S. japonicum*, porém no continente americano existe apenas o *S. mansoni*. (BRASIL, 2008). Em nosso país, a esquistossomose mansônica é considerada um grave problema de saúde pública, pois ainda acomete milhões de brasileiros e provoca um número expressivo de formas graves e óbitos, e apresenta-se endêmica em diversos territórios (BRASIL, 2008b). Importante ressaltar que todas as pessoas estão vulneráveis e susceptíveis a contrair o verme, independente de sua idade, raça ou sexo (BRASIL, 2018b). O contato com as águas se deve ao lazer, mas também por precárias condições econômicas e sanitárias, quando a população utiliza essa fonte de recursos naturais para higiene, lavar louças, roupas, pescas (ROCHA et al, 2016).

Essa doença pode apresentar quadro agudo ou tornar-se crônico, casos com poucos sintomas ou assintomático, assim como pode apresentar se com formas, podendo até levar o hospedeiro ao óbito (BRASIL, 2014).

A esquistossomose é contraída quando a pessoa entra em contato com águas de córregos, represas, valas de irrigação, lagoas onde estão presentes caramujos

gênero *Biomphalaria* que libera cercárias do verme, o qual apresenta nome científico de *Schistosoma mansoni* (BRASIL, 2018b).

A pessoa contaminada elimina ovos viáveis de *S. Mansoni* pelas fezes. Quando esses ovos entram em contato com a água, rompem-se e liberam os miracidios, que são larvas ciliadas. Os miracidios, por sua vez, penetram no caramujo do gênero *Biomphalaria*, que passa a ser o hospedeiro intermediário do parasita *S. mansoni*. No interior dos caramujos, em média de duas a três semanas, esses miracidios se multiplicam formando outras larvas, que passam a ser liberadas pelo caramujo em grande número. Nessa forma em que é liberada pelo hospedeiro, essa larva tem o nome de cercária e apresenta cauda bifurcada. No período em que o calor e a luz solar são mais intensos, por volta das 10 até às 16 horas, as cercárias são liberadas pelos moluscos, em maior quantidade na água coincidindo assim com o período em que as pessoas estão em maior contato com as águas das represas, lagoas. (BRASIL, 2018b). Seguindo o ciclo evolutivo:

As cercárias penetram nas pessoas (hospedeiro definitivo) atravessando a pele e/ou mucosas, mais frequentemente, pelos pés e pernas, por serem áreas do corpo que ficam em maior contato com águas contaminadas. Após atravessarem a pele ou mucosa, as cercárias perdem a cauda e se transformam em esquistossomos (Figura 7). Esses caem na circulação venosa e alcançam o coração e pulmões, onde permanecem por algum tempo. Retornam posteriormente ao coração, de onde são lançados, por meio das artérias, aos pontos mais diversos do organismo, sendo a veia porta no fígado, o órgão preferencial de localização do parasito (BRASIL, 2018b, p.12).

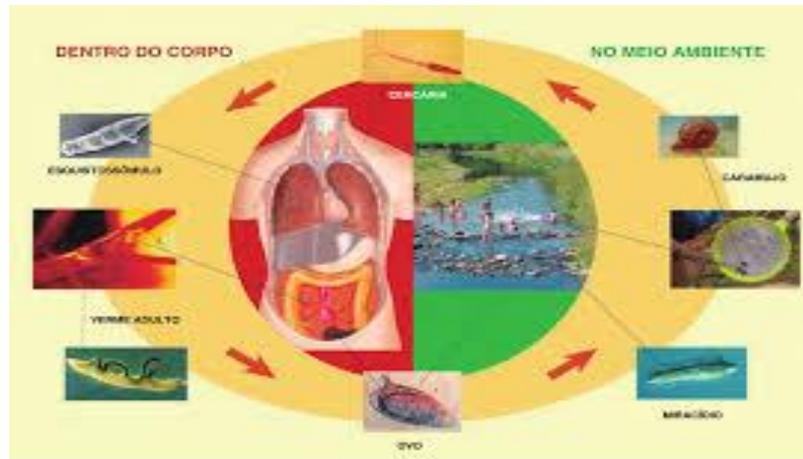
E,

No fígado, as formas jovens se diferenciam sexualmente, alimentam-se de sangue e crescem, migram para as veias do intestino, onde alcançam a forma adulta e se acasalam (BRASIL, 2018b, p.13).

Assim, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018 b, p.14), “o acasalamento os vermes iniciam a postura de ovos, recomeçando o ciclo”.

Seguindo essa descrição detalhada, a próxima imagem também retrata, de forma ilustrativa, o ciclo de transmissão da esquistossomose:

Imagem 3 - Ciclo de transmissão do Schistosoma Mansoni



Fonte: BRASIL (2018b).

5.3 Diagnóstico

De acordo com Rocha et al. (2016), a esquistossomose pode apresentar semelhança com outros quadros clínicos devido aos variados sinais e sintomas que ocorrem, inclusive a forma aguda comumente notada em pessoas que não residem em áreas endêmicas. Os autores ressaltam que para o diagnóstico dessa doença é utilizado o exame parasitológico de fezes principalmente por meio do método Kato-Katz que é preconizado pelo Ministério da Saúde nas regiões endêmicas.

5.4 Tratamento

Para o tratamento da esquistossomose é indicado o medicamento Praziquantel, com prescrição médica para os pacientes que apresentam presença de ovos do parasito nas fezes. É utilizado em Programas de Controle da Esquistossomose em todo o mundo. O Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente o Praziquantel, que é repassado às Secretarias Estaduais de Saúde, que por sua vez encaminham às Secretarias Municipais de Saúde. O Praziquantel é apresentado em comprimidos de 600 mg com indicação de uso por via oral; a dose deve ser única na proporção de 50 mg/kg de peso para adultos e 60 mg/kg de peso para crianças. Essa medicação apresenta baixa toxicidade, com efeitos colaterais leves, não conhecendo se evidências que provoquem lesões tóxicas graves no fígado ou em outros órgãos. De forma geral, deve – se considerar contraindicações

para uso do Praziquantel, que são aplicadas para quaisquer medicamentos (BRASIL, 2018b).

5.5 Controle da doença e educação em saúde

Para abordagem da temática, faz-se necessário destacar que,

Até a década de 70 (1970), o combate à esquistossomose tinha como objetivo principal o controle da transmissão. A principal medida era a redução das populações dos moluscos hospedeiros intermediários. A partir dos anos 80, depois do advento de drogas quimioterápicas mais eficazes, seguras e baratas, o principal objetivo passou a ser o controle da morbidade, com ênfase no tratamento quimioterápico (figura 57). Atualmente, a estratégia é conjugar o controle quimioterápico com medidas preventivas, como a educação em saúde e o saneamento (BRASIL, 2008. p.85).

Recomenda-se o controle dos moluscos apenas em casos especiais e como caráter complementar, como, por exemplo, quando ocorre um surto localizado de casos agudos ou se há altas prevalências persistentes mesmo com o tratamento periódico da população. (BRASIL, 2008).

O tratamento dos doentes associado a ações de saneamento e abastecimento de água são as medidas mais eficazes para reduzir a infecção e alcançar níveis compatíveis com os exigidos 19 para a certificação da eliminação da esquistossomose nas áreas endêmicas. A sustentabilidade dessas ações pode ser alcançada se elas estiverem associadas com programas de Educação em Saúde capazes de abordar as especificidades locais da transmissão. No Brasil, o tratamento dos portadores da infecção tem sido a principal medida adotada no controle da doença; outras ações de controle raramente são colocadas em prática (BRASIL, 2018b, p.19).

Existem diversos relatos sobre a importância em conciliar o tratamento quimioterápico, e, juntamente com as ações contínuas de Educação em Saúde, seguidas de intersectorialidade nas áreas sociais e ambientais, com a finalidade de ampliar a conscientização da população para adoção de atitudes que diminuam a infecção e apresentem melhor o controle da endemia (BRASIL, 2018b).

Para efetivo controle da esquistossomose, é essencial participação política, com planejamento e investimento, sendo essencial a construção de redes de água e esgoto (BRASIL, 2018b).

A educação permanente no controle da esquistossomose deve ser utilizada e valorizada, visando garantir a eficácia e eficiência das atividades desenvolvidas. Por

meio das ações educativas, a comunidade pode melhorar as condições de vida, associando o conhecimento de sua realidade e participando de discussão da situação de saúde de sua área. Esse comportamento de aproximar equipe de saúde e comunidade produz mudanças de hábitos e conduta das pessoas, melhorando a eficácia das ações de controle da doença. (BRASIL, 2018b).

Diante da realidade de um país com grande extensão territorial como é o Brasil, e as diferenças econômicas que ocorrem nas diversas regiões, além da necessidade de planejamento, investimento e vontade política, podemos afirmar que, apesar de ser um direito social de acordo com o Artigo 196 da Constituição Federativa do Brasil (1988), e Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080, 1990), assegura que as condições de saneamento básico devem ser atendidas para a garantia da saúde, bem como determinação do processo saúde-doença, e seus agravos, contudo, não se observa 100% de rede esgoto e água potável a todos os brasileiros para que sejam vistas melhorias no quadro de esquistossomose no país.

É afirmado por Mendes (2011) que a Atenção Primária à Saúde (APS) pode realizar ações de educação em saúde, aconselhamento, acompanhamento longitudinal durante toda a vida a pessoas que necessitam de acesso e cuidados. Confirmado também pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) quando este acrescenta que as equipes da Estratégia de Saúde da Família podem desenvolver ações com abordagem individual e coletiva, considerando a realidade do usuário de forma integral à saúde, aproximando equipe e comunidade, evidenciando a importância da junção de ambas as partes nas ações de saúde.

Contando com a realidade sabe-se que é preciso que os profissionais tenham iniciativa para criar estratégias e repassar à população, para que juntos consigam benefícios e qualidade de vida nos aspectos que dependem de pequenos hábitos e condutas, mas que levarão a resultados positivos à comunidade.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (Terceiro passo)

Para uma clara descrição deste problema, serão apresentados no quadro a seguir, indicadores, como número de pessoas com o problema, indicadores que quantificam a magnitude do problema, além de fatores de risco que contribuem para esse problema:

Quadro 3 - Descrição do problema:

Indicadores	Valores	Fonte
Total de pacientes atendidos pela ESF	1.533	SISAB
A área do município não possui saneamento básico	Toda a região da ESF	SISAB
A água utilizada não é tratada	Toda a região da ESF	SISAB
Pacientes diagnosticados com esquistossomose	389	Dados da ESF
Pacientes que relataram que já tiveram esquistossomose	756	Dados da ESF

Fonte1: SIAB, 2019.

Fonte 2: ESF Viver com Saúde V, 2019.

Esquistossomose é uma doença causada pelo *Schistosoma mansoni*, parasita que tem no homem seu hospedeiro definitivo, mas que necessita de caramujos de água doce como hospedeiros intermediários para desenvolver seu ciclo evolutivo (BRASIL, 2018).

A pessoa adquire a infecção quando entra em contato com água doce onde existam caramujos infectados pelos vermes causadores da esquistossomose. Os vermes, uma vez dentro do organismo da pessoa, vivem nas veias do mesentério e do fígado. A maioria dos ovos do parasita se prende nos tecidos do corpo humano e a reação do organismo a eles pode causar grandes danos à saúde

Para descrição do problema ESF “Viver com Saúde”, identificou que dos 1.533 pacientes da área de abrangência da unidade, em 2018 e 2019 foram diagnosticados 389 pacientes com esquistossomose e segundo dados dos ACS`s, 756 pessoas relataram que já tiveram a doença. (SIAB, 2019).

Na área de saúde da família tem muitas cachoeiras e rios, dos quais as pessoas utilizam para tomar banho e usam a água sem tratamento para consumo

próprio e, na região não há saneamento básico, o que agrava a condição de saúde da população.

6.2 Explicações do problema (Quarto passo)

Qualquer pessoa, de qualquer faixa etária e sexo, pode ser infectada com o parasita da esquistossomose, mas as situações seguintes são grandes fatores de risco para se contrair a infecção: existência do caramujo transmissor, contato com a água contaminada, fazer tarefas domésticas em águas contaminadas, como lavar roupas, morar em comunidades rurais, especialmente populações agrícolas e de pesca, morar em região onde há falta de saneamento básico, morar em regiões onde não há água potável.

Deve-se levar em consideração que a comunidade da área de abrangência da ESF está exposta a todos estes riscos citados acima que propiciam a contaminação. Se não tratada a esquistossomose adequadamente, a doença pode evoluir e provocar complicações, como: aumento do fígado; aumento do baço; hemorragia digestiva; hipertensão pulmonar e portal; morte.

6.3 Seleções dos nós críticos (Quinto passo)

Nesta etapa foram selecionados os nós críticos que são as causas mais importantes referente ao problema que devem ser enfrentados.

Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017, p. 65).

Assim, foram destacados os seguintes nós críticos:

- ✓ Falta informação sobre a doença;
- ✓ Falta saneamento e acesso à água potável;
- ✓ Diagnóstico tardio da esquistossomose.

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

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema “Esquistossomose”, na comunidade sob os cuidados da Equipe de Saúde da Família V, da Unidade Básica de Saúde Viver com Saúde, distrito de Guarataia, no município Itambacuri, Estado de Minas Gerais, serão detalhados nos quadros que seguem.

Os quadros abaixo têm como objetivo estruturar o desenvolvimento, gestão, coordenação e acompanhamento das execuções das operações, garantindo assim, a utilização dos recursos necessários promovendo a comunicação dos planejadores e executores para monitoramento das ações.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto índice de casos de esquistossomose”, na população sob cuidados da Equipe de Saúde da Família V, da Unidade Básica de Saúde Viver com Saúde, distrito de Guarataia, no município Itambacuri, Estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta informação sobre a doença
Operação (operações)	Aumentar o nível de informação sobre a esquistossomose
6º passo: Projeto	Saber +
6º passo: Resultados esperados	População mais informada sobre a doença reduz os casos incidentes.
6º passo: Produtos esperados	Realização de atividades educativas como palestras para comunidade, utilizando espaços da própria unidade básica de saúde, igreja, escolas, grupos já formados na comunidade que são locais que já tem grande número de pessoas.
6º passo: Recursos necessários	Cognitivo: profissional capacitado e disponível para as orientações. Financeiro: deslocamento do profissional na comunidade, recursos áudio visuais; panfletos e cartazes informativos. Político: adesão dos atores sociais como diretoras da escola, padres, pastores.
7º passo: Viabilidade do plano – recursos críticos	Estrutural: organizar palestras. Cognitivo: palestrante que domine o tema profissional da saúde qualificado para palestrar Financeiro: fazer panfletos e cartazes informativos Político: mobilização da comunidade e adesão do gestor de saúde.
8º passo: Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Cognitivo: responsável: profissional de saúde: médico; Motivação: favorável. Político: responsáveis: atores sociais; Motivação: indiferentes; Ação de estímulo: mostrar a importância do tema e repercussão na comunidade. Financeiro: responsável: gestor de saúde; Motivação: indiferente. Ação de estímulo: mostrar o impacto nas condições de saúde da comunidade.
9º passo: acompanhamento	Médico e enfermeira da ESF

do plano - responsáveis e prazo	Prazo: seis meses para início da execução das ações à comunidade.
10º passo: Processo de monitoramento e avaliação das ações	Durante o período inicial de implantação do projeto de intervenção serão utilizadas para avaliação e monitoramento reuniões mensais com a ESF. Depois que a proposta de intervenção já tiver sido implementada, a avaliação do projeto será realizada semestralmente.

Fonte: Autoria própria, 2020.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2: Falta de Saneamento básico e falta de acesso à água potável” relacionado ao problema “Alto índice de casos de esquistossomose”, na população sob cuidados da Equipe de Saúde da Família V, da Unidade Básica de Saúde Viver com Saúde, distrito de Guarataia, no município Itambacuri, Estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Falta saneamento básico e falta de acesso à água potável
Operação (operações)	Requerer aplicações de políticas públicas que viabilizem ações sanitárias.
6º passo: Projeto	Investir e + Saúde
6º passo: Resultados esperados	Garantia de melhorias para saneamento e tratamento da água
6º passo: Produtos esperados	Obras de saneamento básico e tratamento da água da comunidade.
6º passo: Recursos necessários	<p>Cognitivo: levantar dados epidemiológicos para mostrar a necessidade de realizar obras de saneamento e tratamento da água da comunidade</p> <p>Financeiro: município providenciar recurso e fazer parceria com o SAAE. Contar com o poder legislativo e executivo para solicitar verba junto aos governos Estadual e Federal para obras de saneamento e tratamento de água.</p> <p>Político: organização da equipe e comunidade para levar aos representantes políticos a situação da comunidade.</p>
7º passo: Viabilidade do plano – recursos críticos	<p>Estrutural: mobilização da comunidade.</p> <p>Cognitivo: fazer levantamento de quem não tem acesso a saneamento e água potável</p> <p>Político: município articular para providenciar recursos</p> <p>Financeiro: verbas para realizar as obras</p>
8º passo: Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Estrutural: comunidade: Motivada
9º passo: acompanhamento do plano - responsável e prazo	<p>Cognitivo: equipe de saúde: motivada</p> <p>Político: apresentar projeto ao prefeito; apresentar projeto aos vereadores da Câmara Municipal. Motivação: Indiferentes.</p> <p>Ação estratégica: mostrar número das contaminações pela esquistossomose e apresentar o projeto como melhoria</p>

	<p>para todo o distrito e isso gera prestígio político a quem aderir à causa.</p> <p>Político: apresentar também à sociedade cível, por meios dos conselhos gestores ou conselhos de bairros. Motivação: favorável.</p> <p>Prazo: seis meses</p> <p>Responsáveis: médico e ACS</p>
10º passo: Processo de monitoramento e avaliação das ações	Montar esse plano de ação com dados estratégicos sobre a doença e apresentar à autoridade do município, visando adesão por parte deste e da câmara municipal; avaliar adesão em até seis meses do plano protocolado junto às autoridades.
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Prefeito, vereadores.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Será cobrado do poder público seu efetivo interesse em colocar a proposta em prática, visto que é uma intervenção a logo prazo. Esse projeto será uma ferramenta de iniciativa. A ESF, junto com a comunidade, vai cobrar para que a proposta seja colocada em prática.

Fonte: A autoria própria, 2019.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto índice de casos de esquistossomose”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família V, da Unidade Básica de Saúde Viver com Saúde, distrito de Guarataia, no município Itambacuri, Estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Diagnóstico tardio da esquistossomose
6º passo: Operação Operações	Aumentar a quantidade de diagnósticos e tratamento da doença.
6º passo: Projeto	+ saúde
6º passo: Resultados esperados	Realização de exames e tratamento precoce
6º passo: Produtos esperados	Compra de kit de exames e medicamentos
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: captar demanda Cognitivo: elaborar protocolo de atendimento Financeiro: secretário de saúde aprovar e providenciar compra de materiais. Político: mobilizar a comunidade para cuidar da saúde de forma preventiva
7º passo: Viabilidade do plano: Recursos críticos	Estrutural: conscientizar a população sobre prevenção Cognitivo: fazer levantamento na comunidade Político: mobilização intersetorial Financeiro: realizar exames e comprar medicação
8º passo: Controle dos recursos críticos Ações estratégicas	Estrutural: equipe e comunidade. Motivados Cognitivo: profissionais da equipe: motivados Financeiro e político: Secretário de saúde; Motivação: Indiferente. Ação estratégica: apresentar número de pessoas contaminadas e a necessidade de diagnóstico e tratamento como um direito da comunidade e um investimento na atenção primária que visa diminuir gastos com demais pontos de atenção na rede de cuidados, além de garantir princípio de integralidade do cuidado, definido no SUS. Político: contar com atores sociais.
Prazo	06 meses
Responsáveis pelo	Médico, enfermeira, setor epidemiológico.

acompanhamento das ações	
Processo de monitoramento e avaliação das ações	<p>A proposta será levada ao secretário de saúde, para que providencie a compra de materiais necessários para a realização dos exames precoces e medicação.</p> <p>Reunião trimestral após aprovação e compra de materiais, para monitorar e avaliar o andamento da proposta junto à equipe de vigilância epidemiológica.</p>

Fonte: Autoria própria, 2019.

7 Considerações Finais

Realizar esse projeto aproximou a equipe, dando uma visão de maior cuidado à comunidade atendida, pois ampliou o olhar de todos, deixando claro que o setor saúde deve estar envolvido diretamente à comunidade. Também contar com outros setores, que não fazem parte da rede de atenção à saúde, mas que têm grande influência na qualidade de vida das pessoas, como o setor de educação, igrejas, envolvendo atores sociais e autoridades do poder público é imprescindível no êxito das ações em saúde.

Nesse projeto foi possível mostrar que uma comunidade bem informada sobre o processo de promoção de saúde e prevenção de doença pode transformar seus hábitos e almejar melhores condições de vida através de seus direitos sociais.

Envolver-se com a sua realidade e requerer direitos envolve participação pública da população e de ações políticas, mais uma vez aproximando pessoas e seus dirigentes. Ter vida saudável não depende somente da ação de cada um em seus hábitos rotineiros, mas também de um ambiente que não ofereça tantos riscos à saúde. As ações abordadas no plano de ação-intervenção visam melhorias da qualidade da água consumida pela comunidade, e requerimento de ações de saneamento básico, água potável e tratamento de esgoto, além de repensar atividades que seriam para lazer, mas que podem trazer danos à saúde. Por isso, a importância de que todos devem se juntar para trabalhar em prol de toda uma comunidade e garantir direitos e oferecer saúde.

A equipe entende que haverá desafios, porém, acredita que a união dos diversos envolvidos trará resultados positivos à comunidade de Guarataia, logo, promoção de saúde e qualidade de vida à população usuária da Unidade.

A aplicação do projeto e a conquista dos objetivos trarão benefícios à população, uma vez que terá seus direitos atendidos e haverá melhora da qualidade de vida, além de menor número de casos de esquistossomose, diagnóstico precoce e tratamento em tempo hábil, evitando complicações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro Geografia Estatística. **Estimativa da população do Município de Itambacuri - MG**. Ano 2018 a. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/itambacuri/panorama>> Acesso em: 26.04.19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância e controle de moluscos de importância epidemiológica**: diretrizes técnicas: Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (PCE) / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica.– 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_controle_moluscos_import_epi_demio_2ed.pdf> Acesso: 25.fev.20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Seção 1, p. 48-54. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20.fev.20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Programa de Controle da Esquistossomose** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado: 04.mai.2014]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinan/pce/cnv/pce.def>> Acesso: 22.fev.20

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Educação em saúde para o controle da esquistossomose** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 40 p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 22/05/2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965> Acesso em: 26.fev.20.

PLANO Municipal de Saúde Municipal de Itambacuri 2018-2021- MG. Acesso em 18.abr.19 (impresso).

ROCHA, T.J.M. et al, Aspectos epidemiológicos e distribuição dos casos de infecção pelo *Schistosoma mansoni* em municípios do Estado de Alagoas, Brasil **Rev. Pan-Amaz Saúde** v.7 n.2 Ananindeua jun. 2016 Disponível em: <
http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000200027> Acesso: 18.fev.20