

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
III CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS
DE SAÚDE

MARÍLIA FIGUEIRÔA MENDONÇA

PLANO DE INTERVENÇÃO EM
ESQUISTOSSOMOSE NO MUNICÍPIO
DE GLÓRIA DO GOITÁ

RECIFE
2010

MARÍLIA FIGUEIRÔA MENDONÇA

**PLANO DE INTERVENÇÃO EM ESQUISTOSSOMOSE NO MUNICÍPIO DE
GLÓRIA DO GOITÁ**

Monografia apresentada ao III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz como requisito parcial à obtenção do grau de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Solange Laurentino dos Santos

Recife

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

M539p Mendonça, Marília Figueiroá.

Plano de intervenção em esquistossomose no município de Glória de Goitá / Marília Figueiroá Mendonça. — Recife: M. F. Mendonça, 2010.
30 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Solange Laurentino dos Santos.

1. Educação em Saúde. 2. Esquistossomose. 3. Pessoal de Saúde. I. Santos, Solange Laurentino dos. II. Título.

CDU 378:61

MARÍLIA FIGUEIRÔA MENDONÇA

**PLANO DE INTERVENÇÃO EM ESQUISTOSSOMOSE NO MUNICÍPIO DE
GLÓRIA DO GOITÁ**

Monografia apresentada ao III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz como requisito parcial à obtenção do grau de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: 16 de dezembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr^a Solange Laurentino dos Santos
Orientadora

Prof. Dra Constança Simões Barbosa
Avaliadora

AGRADECIMENTOS

A Deus por sua sabedoria e bondade infinita, me dar o tão necessário para enfrentar os obstáculos da vida e fazer com que tudo seja possível.

À minha mãe que, com seu amor, ensina-me o grande prazer de viver.

À minha irmã Raquel e ao meu irmão Eduardo, pela sensibilidade e compreensão para realização deste trabalho e por sempre estar ao meu lado.

Aos colegas de curso pela amizade e por participar do mesmo grupo de atividades, Betânia, Lydjane e Paula

À minha orientadora, Dra. Solange Santos, pelo seu empenho, paciência e aprendizado.

À minha amiga Ametícia, pela solidariedade e companheirismo.

Aos meus parceiros na elaboração do plano de intervenção Helena e Alcides.

A Secretária de Saúde de Glória do Goitá, Luíza Nery, por permitir a elaboração do presente plano de intervenção.

A todos que, que se sensibilizaram e viabilizaram a concretização deste trabalho.

RESUMO

MENDONÇA, Marília Figueirôa. **Projeto de Intervenção Em esquistossomose no Município de Glória do Goitá**, 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

A esquistossomose é uma das parasitoses humanas mais difundidas no mundo. Com a criação do Sistema Único de Saúde, foi realizada a descentralização das ações de controle esquistossomose para os municípios. No estado de Pernambuco, a doença é endêmica em vários municípios, principalmente na região da Zona da Mata. O presente estudo objetiva elaborar um plano de intervenção para o controle e prevenção da esquistossomose no município de Glória do Goitá mediante a utilização de abordagens educativas e que contemplará o envolvimento das redes sociais locais como alternativas para reduzir a transmissão da doença. A intervenção será feita por meio da realização de oficinas pedagógicas com os profissionais e os usuários de quatro Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Glória do Goitá. Pretende-se que gere motivação e melhor compreensão das formas de transmissão e prevenção da doença, bem como, destacar os problemas que ainda interferem na alta prevalência da esquistossomose.

Palavras-chaves: Educação em saúde; Esquistossomose; Pessoal de Saúde; Estudos de intervenção.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCE	Programa de Controle da Esquistossomose
PECE	Programa Especial de Controle da Esquistossomose
PSF	Programa de Saúde da Família
SISPCE	Sistema de Informações sobre o Programa de Controle da Esquistossomose
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 Antecedentes Históricos	12
2.2 Características Clínicas	13
2.3 Epidemiologia da Doença e Vigilância Epidemiológica	14
2.4 O Programa de Controle da Esquistossomose	16
2.4.1 <i>Delimitação da Área Endêmica</i>	17
2.4.2 <i>Inquérito Coproscópico</i>	17
2.4.3 <i>Quimioterapia</i>	17
2.4.4 <i>Controle de Planorbídeos</i>	18
2.4.5 <i>Medidas de Saneamento Ambiental</i>	18
2.4.6 <i>Educação para a Saúde e Mobilização Comunitária</i>	19
2.4.7 <i>Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE)</i>	19
2.5 Educação em saúde	20
3 JUSTIFICATIVA	22
4 OBJETIVOS	23
4.1 Objetivo Geral	23
4.2 Objetivos específicos	23
5 METODOLOGIA	24
5.1 Desenho do estudo	24
5.2 Área de estudo	24
5.3 População de estudo	25
5.4 Etapas de desenvolvimento do projeto	25
5.5 Considerações éticas	27

6 RESULTADOS	28
7 CRONOGRAMA	29
7.1 Recursos humanos	29
7.2 Recursos materiais/ equipamentos	29
7.3 Orçamento	30
7.4 Fonte de Financiamento	30
8 VIABILIDADE	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXOS	34
Resolução de aprovação do Plano de Intervenção	35

1 INTRODUÇÃO

A Esquistossomose Mansônica, doença produzida por trematódeos, do gênero *Schistosoma* tem como principais agentes etiológicos o *Schistosoma Mansoni*, *Schistosoma Haematobium*, *Schistosoma Japonicum*, sendo de maior relevância para o Brasil o *Schistosoma Mansoni*.

A esquistossomose é uma das parasitoses humanas mais difundidas no mundo, sua ocorrência tem relação com a ausência ou precariedade de saneamento básico. (PASSOS et al., 1998)

No Brasil, estima-se que a esquistossomose pode estar comprometendo até 6 milhões de pessoas. Segundo a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a doença é endêmica e focal desde o Maranhão até Minas Gerais. Em Pernambuco, a esquistossomose é endêmica na Zona da Mata e alguns municípios do Agreste o que resulta num índice de 15% da população infectada.

A partir de 1975 são implementadas no Brasil medidas de controle da esquistossomose através da criação do Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE). Essas medidas foram de forte impacto na redução da ocorrência de casos graves da doença e do número de óbitos. Já na década de 80, o PECE passa a ser denominado de Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) e torna-se um programa de rotina do Ministério da Saúde (MS).

No contexto histórico, na década de 80, o Brasil vivencia a queda da ditadura militar e o processo de redemocratização do país. É nessa conjuntura política, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que a saúde torna-se um direito social de todo cidadão e é criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre as diretrizes do SUS está a descentralização dos serviços e ações de saúde para estados e municípios. Sendo assim, as ações de controle da esquistossomose passam a ser executadas pelos governos estaduais municipais. Em Pernambuco, a descentralização dessas ações ocorreu entre 1999 e 2000.

No município de Glória do Goitá as atividades referentes ao controle da esquistossomose, eram realizadas inicialmente pela equipe da FUNASA com a implantação do PCE em 2003. Entretanto, apenas em 2005 que o município assumiu o controle das ações do PCE e deu início ao registro das atividades no Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE).

Na década de 1990 tem início à implantação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS, por ter em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia do PSF, tráz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Os alcances e os limites da proposta que será apresentada levará a reflexão crítica sobre as práticas educativas no controle da esquistossomose desenvolvidas no contexto das Unidades de Saúde da Família.

As atividades de Educação em Saúde têm um papel importante a ser desempenhado junto ao Programa de Controle da Esquistossomose (PCE). A mudança da situação epidemiológica, em diferentes áreas do Brasil, pode significar que as estratégias para a Educação em Saúde precisam ser revistas e/ou ampliadas, para atender mais adequadamente um vasto contingente populacional usuários dos serviços públicos de saúde

Objetivando ampliar a cobertura do atendimento, principalmente, nas ações de educação, promoção e proteção da saúde, através de um impacto essencialmente cultural, ou seja, a criação e/ou transformação de comportamentos indispensáveis ao desenvolvimento pessoal e da cidadania, além da aproximação dos serviços de saúde do município à comunidade, para um atendimento mais específico às reais necessidades de saúde da população alvo.

É proposto um plano de intervenção através de oficinas operacionais mediante a utilização de abordagens educativas e que contemplará o envolvimento das redes sociais locais como alternativas para reduzir a transmissão da doença com base na prevenção e no controle da esquistossomose.

2 REFERENCIAL TEÓRICO:

2.1 Antecedentes Históricos da Esquistossomose

A esquistossomose é uma das parasitoses humanas mais difundidas no mundo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocupa o segundo lugar perdendo apenas para a malária. Sua ocorrência está relacionada à ausência ou precariedade de saneamento básico (PASSOS et al., 1998).

As esquistossomoses tiveram a sua origem nas bacias do rio Nilo, na África, e o Yangtze, na Ásia. Dessas localidades as esquistossomoses mansônica, hematóbica e japônica foram espalhadas para outros continentes, à medida que os meios de transportes se desenvolviam e com isso a permissão de grandes fluxos migratórios para outros continentes (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

Nas Américas o tráfico dos escravos é considerado como o fator principal pela disseminação da doença. No Brasil a porta de entrada foram os portos de Salvador e Recife onde os escravos vindo da Costa Ocidental desembarcavam no país, a fim de trabalharem nas lavouras de cana de açúcar (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998). A partir daí, a doença se expandiu pelos demais estados nordestinos, formando uma extensa área de transmissão entre o Rio Grande do Norte e a Bahia, alcançando parte do Estado de Minas Gerais (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

No Brasil, a Esquistossomose atinge cerca de aproximadamente 6 milhões de pessoas infectadas. Em Pernambuco, 15% da população apresenta-se infectada pela doença que é endêmica na Zona da Mata e Agreste, estando distribuída em 72 dos 185 municípios do estado (39%) (KATZ, 2000).

Segundo Teixeira (1990), as ações de controle da esquistossomose começam a ser implantadas no Brasil a partir de 1975 com a criação do Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE) pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM).

A implementação de medidas de controle da esquistossomose no Brasil na década de 70, teve forte impacto em relação a prevalência da doença nas áreas endêmicas e sobre a intensidade das infecções humanas. Como consequência dessas medidas, a ocorrência de casos graves e de óbitos relacionados a doença diminuem de forma notória (PASSOS et al., 1998).

Segundo Barbosa (1992), em 1980 o PECE passa a ser chamado de Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) e muda suas características de programa especial para programa de rotina do Ministério da Saúde.

Na década de 90 as ações do PCE são descentralizadas para estados e municípios e faz-se necessário a normatização e implementação dessas ações para serem realizadas pelos municípios. Em Pernambuco, os municípios endêmicos para esquistossomose começam a realizar atividades de controle da doença desde 1999 e 2000 (QUININO et al., 2009).

2.2 Características Clínicas

A esquistossomose Mansônica é uma doença de evolução crônica, de gravidade variada, causada por um verme trematódeo – *Schistosoma Mansoni* que, no homem, habita nos vasos sanguíneos de fígado e intestino (BRASIL, 2005).

Os sintomas clínicos têm correlação com as fases do desenvolvimento do parasita no organismo humano (BRASIL, 2005). Muitas das pessoas infetadas podem permanecer assintomáticas de acordo com a intensidade da infecção.

Na fase aguda pode ser encontrada uma dermatite cercariana de intenso prurido local que corresponde á fase de penetração da cercaria na pele cerca de 1 a 2 meses após, pode haver o aparecimento de sintomas inespecíficos

como febre, cefaléia, anorexia, náusea, astenia, mialgia, tosse e diarreia. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

A fase crônica da doença inicia-se a partir de 6 meses após infecção, podendo durar vários anos. Dependendo do comprometimento dos órgãos acometidos, a doença pode atingir graus extremos de severidade. Desses órgãos, o fígado é o mais acometido com frequência. As formas clínicas dependem da suscetibilidade do indivíduo e da intensidade da infestação. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

Na forma intestinal, a doença pode ser assintomática ou caracterizada por diarreias repetidas, muco sanguinolento com dor abdominal. Já na forma Hepatointestinal, caracteriza-se por diarreia, epigastrolgia, hepatomegalia, além da sintomatologia intestinal.

As formas mais graves são: a Hepatosplênica Compensada (tendo como características a sintomatologia intestinal, a hepatoesplinoalgia, a hipertensão portal com formação de varizes do estômago com ou sem sangramento), e a Hepatoesplênica Descompensada (que apresenta a esplenomegalia, fígado volumoso ou contraído, devido à fibrose de *Symmers*, varizes de esôfago, hematêmese, anemia, desnutrição e hiperesplenismo). (BARBOSA, 2008).

2.3 Epidemiologia da doença e vigilância epidemiológica

É uma endemia mundial, ocorrendo em 52 países e territórios, principalmente no Caribe, África, América do Sul e Leste do Mediterrâneo. No Brasil, a transmissão atinge 19 estados, numa faixa ao longo do litoral, de forma endêmica e focal do Maranhão até Minas Gerais (BARBOSA, 2008).

Sendo a esquistossomose uma doença de veiculação hídrica, o ambiente apropriado para o desenvolvimento da doença está associado às condições socioeconômicas e sanitárias da área, seja ela urbana ou rural. Frequentemente nessas regiões não se encontra sistema de coleta de lixo e de saneamento ambiental e, praticamente inexitem fossas sépticas ou qualquer

outro recurso técnico, com esse fim. Também é visto um abastecimento ineficaz de água, sendo para os indivíduos destas áreas os riachos e açudes suas únicas fontes de água para todos os fins.

Segundo BARBOSA (2001) o êxodo da população rural para os grandes centros urbanos tem sido apontado como um dos fatores responsáveis pela expansão da esquistossomose. Em decorrência dos grandes aglomerados urbanos, com moradias sem a menor condição de salubridade e associadas às precárias condições de vida, são encontrados focos peridomiciliares e intradomiciliares.

Atualmente, as prevalências mais elevadas dessa doença são encontradas nos estados de Alagoas, Pernambuco, Sergipe, Minas Gerais, Bahia, Paraíba e Espírito Santo (BRASIL, 2005).

As áreas esquistossomóticas são classificadas de acordo com o risco de transmissão da seguinte maneira: na Área 1 (endêmica) prevalecem as localidades de contínua transmissão onde a esquistossomose está estabelecida; a Área 2 (focal) é composta de localidades circunscritas de transmissão dentro de uma região até então indene; e na Área 3 (indene) com presença de caramujos, podendo haver modificações no ambiente tornando localidades prováveis de transmissão (BRASIL, 1998).

O objetivo da Vigilância Epidemiológica é a detecção precoce, a fim de evitar a ocorrência de formas graves e óbitos, reduzindo a prevalência da infecção e impedindo a expansão geográfica da endemia.

É uma doença de notificação compulsória em áreas não endêmicas segundo a portaria nº. 5 de 21/02/2006, mas que tem algumas particularidades:

1º- Nas áreas indenes como nas áreas com focos isolados, todo foco de esquistossomose deve ser notificado (BRASIL, 2005).

2º- Nas áreas endêmicas, somente as formas graves da esquistossomose devem ser notificada (BRASIL, 2005).

Para a esquistossomose os casos podem ser divididos em: Suspeito: indivíduo residente e/ou procedente de área endêmica, com quadro clínico sugestivo das formas agudas, crônicas, ectópicas ou assintomáticas com história de contato com águas onde existe o caramujo eliminando cercárias. Confirmado: Indivíduo residente e/ou procedente de área endêmica, com

quadro clínico compatível, exposição de águas, caso suspeito que apresente ovos viáveis de *Schistosoma Mansoni* nas fezes ou comprovação de biópsia retal ou hepática. Descartado: caso suspeito ou notificado sem confirmação laboratorial.

2.4 O Programa de Controle da Esquistossomose

Até a década de 70, o combate à esquistossomose tinha como objetivo principal o controle da transmissão. A partir dos anos 80, depois do advento de drogas quimioterápicas mais eficazes, seguras e baratas, e menos tóxicas o principal objetivo passou a ser o controle da morbidade, com ênfase no tratamento quimioterápico. Atualmente, a estratégia é conjugar o controle quimioterápico com medidas preventivas, como a educação em saúde e o saneamento (BRASIL, 2008).

Com a criação do sistema único de saúde (SUS), foi realizada a descentralização das ações de esquistossomose para os municípios, sendo necessária a normatização e implementação das atividades a serem realizadas no âmbito municipal, destacando a delimitação epidemiológica, inquérito coproscópio censitário, tratamento dos infectados, controle do planorbídio, medidas de saneamento ambiental, educação em saúde, vigilância epidemiológica e alimentação regular do sistema de informação do controle da esquistossomose (SISPCE) (BRASIL, 2004; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998; BRASIL, 2006; QUININO, 2009).

Apesar do PCE requerer todas atividades já mencionada acima para sua eficácia, o ministério da saúde pactua apenas algumas para o estado de Pernambuco como a realização de inquérito coproscópio censitário, tratamento dos doentes e a alimentação anual dos SISPEC (QUININO, 2009; BRASIL, 2004; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998; BRASIL, 2006).

Neste trabalho priorizaremos o controle da esquistossomose na área endêmica, uma vez que o município de Glória do Goitá está inserido na zona da mata, localidade delimitada e classificada como endêmica pelo PECE. A

seguir, descreveremos um pouco as diretrizes necessárias para a implantação e funcionamento do PCE.

2.4.1 Delimitação da Área Endêmica

A função desta atividade na área endêmica é classificar as áreas a serem trabalhadas de acordo com a prevalência encontrada em cada localidade: <5%; >5% e <25%; >=25% e <50% e >=50%. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

2.4.2 Inquérito Coproscópico

Na rotina do programa essa etapa tem como finalidade acompanhar a evolução da doença nos municípios e localidades trabalhados, bem como identificar aquelas pessoas que devem ser tratadas. Também é importante na avaliação de impacto das ações de controle da endemia. Ele é realizado no Brasil através da técnica quantitativa Kato-Katz que permite estimar a quantidade de ovos por indivíduo.

O inquérito coproscópico em localidades endêmicas devem ser repetidos a cada dois anos após o levantamento inicial. Os passos subsequentes vão depender de inquérito coproscópico bem sucedido, que cubram 80% da população local. A partir daí o município pode ser classificado como endêmico ou indene, onde alterará as atividades de controle (BRASIL, 2005; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

2.4.3 Quimioterapia - tratamento dos doentes

Os indivíduos positivos devem ser todos tratados. O ministério da Saúde recomenda uma cobertura de tratamento >80%. Este deverá ser realizado de acordo com a prevalência encontrada (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998):

- Prevalência <25%: tratar apenas os positivos;
- Prevalência $\geq 25\%$ <50%: tratar os casos positivos e conviventes do domicílio com registros dos casos positivos;
- Prevalência $\geq 50\%$: tratar a população geral da localidade.

O tratamento em massa já não é utilizado desde 1989, vem sendo substituído pelo tratamento seletivo, que encontra respaldo marcante na redução da positividade da esquistossomose na localidade trabalhada (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998). Vale salientar que o programa de vigilância e controle da esquistossomose deve ser realizado em parceria com as equipes da saúde da família do município, a fim de possibilitar um maior impacto nos níveis epidêmicos (BRASIL, 2008).

2.4.4 Controle de Planorbídeos

É realizado através de três modalidades: químico, uso de moluscicida nos criadouros; físico, ações capazes de impedir o desenvolvimento e a manutenção das populações de moluscos; e biológico, introdução de organismos predadores. Até a década de 80, o MS recomendava o método químico para o controle de planorbídeos onde a prevalência fosse igual ou maior que 25% ou quando obras de engenharia sanitária não fosse viável. Atualmente, o mais indicado é o manejo ambiental, pela alta toxicidade do moluscicida e alto custo (BRASIL, 2008).

2.4.5 Medidas de Saneamento Ambiental

Deve ser aplicado em todas as localidades com o objetivo de reduzir a proliferação dos hospedeiros intermediários e contaminação do homem. Pequenas obras de engenharia sanitária como, aterro, drenagem e a retificação de criadouros de caramujo podem, em muitos casos, representar a solução definitiva para a endemia em determinada localidade (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

2.4.6 Educação para a Saúde e Mobilização Comunitária

O uso da educação em saúde e comunicação é cada vez mais indispensável para prevenção e controle da esquistossomose. A mobilização de gestores, técnico e população usuária são imprescindíveis para alcançar êxito no controle da esquistossomose. O controle de doenças endêmicas, como esquistossomose, deve ser objetivo do gestor que visa superar o paradigma curativista, ainda imperativo no sistema de saúde brasileiro (BARBOSA et al., 2008).

2.4.7 Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE)

Criado em 1996, o sistema de informação do programa de controle da esquistossomose (SISPCE) tem a finalidade de gerar um banco de dados através das informações coletadas das atividades desenvolvidas pelo PCE.

Dados gerados por esse sistema como: número de exames realizados, porcentagem de positivos, carga parasitária, número de pessoas a serem tratadas e que foram tratadas, entre outros são relevantes para construção de

indicadores que visam monitorar a magnitude de endemias e fornecer elementos para o planejamento das ações de controle (BARBOSA et al., 2008).

2.5 Educação em Saúde

A constituição Federal de 1988 assegura a compreensão de saúde como direito de todos e dever do Estado. Para a viabilização dos preceitos constitucionais, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios da universalização, equidade, integralidade e participação social (CONSTITUIÇÃO, 1988).

Dentre os princípios pregados pelo SUS, os maiores desafios concentram-se na atenção integral, que considera as várias dimensões do processo saúde doença e na garantia da equidade do acesso aos diferentes grupos sociais (MAZILLI, et AL, 2009).

No que diz respeito à descentralização faz se necessário uma desconcentração que abra espaço para a participação de novos atores na tomada de decisões nas políticas e programas de saúde (MAZILLI, et AL, 2009). Sem a contemplação dos princípios do SUS, a municipalização da saúde tende a significar apenas a transferência de responsabilidades na prestação de serviços de mero repasse de recursos para as prefeituras (MOURA, et al, 2008).

O município deve buscar combater/evitar as doenças através de promoção de condições básicas de vida. Para tanto é necessário a superação das reformas meramente administrativas do SUS, as quais não têm alterado efetivamente o verdadeiro conteúdo das ações de saúde, abrindo espaço à novas práticas neste campo, constituindo um sistema integral de atenção à saúde, com a proposta de superação da lógica hospitalocêntrica (MOURA, et al, 2008).

A educação em saúde é um campo que possui várias faces, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas

por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (SCHALL, 2004).

O conceito de educação em saúde ultrapassa o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao meio ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza). (SCHALL, 2004).

Neste sentido, uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como, propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção do indivíduo. (SCHALL, 2004).

Para a saúde pública do Brasil, o controle da transmissão da esquistossomose é um problema grave. Atualmente a incorporação da compreensão no processo saúde-doença e as inter-relações dos elementos envolvidos com a determinação social da saúde, como os sociais, econômicos, biológicos e culturais devem ser levados em consideração nas intervenções de controle dessa doença.

3 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista as novas reflexões teórica e metodológica travadas no campo da saúde coletiva e procurando subsidiar a construção de novas práticas educativas no âmbito da saúde pública, a educação em saúde será apresentada e discutida através de conceitos teóricos e da observação de estratégias práticas (oficinas operativas de educação em saúde), realizadas nos serviços de Atenção primária em saúde em um nível local.

4 OBJETIVOS:

4.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção com uma abordagem participativa com mobilização comunitária para a prevenção e controle da esquistossomose nas Unidades de Atenção Primária em Saúde do município de Glória do Goitá.

4.2 Objetivos Específicos

1. Conhecer e debater sobre as diferentes formas de controle e prevenção da esquistossomose;
2. Construir habilidades para planejar ações educativas e comunitárias em saúde;
3. Propor novas práticas para a sensibilização dos atores sociais, dos agentes de endemias e agentes de saúde de forma integrada e participativa para um efetivo controle da esquistossomose.

5 METODOLOGIA

5.1 Desenho do estudo

O estudo consiste em um Plano de intervenção com características de uma pesquisa-ação com o objetivo de uma intervenção na realidade social. Neste tipo de pesquisa as pessoas implicadas (pesquisadores) diante de uma situação problema a ser estudada, reconhecem que têm um papel ativo na realidade observada. (TONBAR; YALOUN, 1995). É uma pesquisa com finalidade intervencionista, onde o pesquisador não toma apenas parte da situação, mas a modifica (TONBAR; YALOUN, 1995).

5.2 Área de estudo

Será realizadas as oficinas nas Unidades de Saúde da Família de Apoti, Barracão, Nova Glória e Rua da Glória, no município de Glória do Goitá. As unidades selecionadas foram as que apresentaram as maiores prevalências de esquistossomose no município. Sendo utilizado o critério de duas unidades na área urbana e duas unidades na área rural o que possibilitará comparações nesses dois grupos.

O município de estudo apresenta uma situação epidemiológica para esquistossomose como uma endemia que se mantém ao longo dos anos. No período de 2005 a 2009 observou-se um registro de 1.429 casos da doença sendo a prevalência de 8,84%. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GLÓRIA DO GOITÁ, 2009).

O município está inserido na unidade geoambiental do Planalto da Borborema, na região da Mata Norte. Faz limite ao Norte com os municípios de Feira Nova, Lagoa de Itaenga e Paudalho; ao sul com o município de Vitória de Santo Antão; ao leste com o município de Chã de Alegria; e a oeste com o

município de Passira. Tem uma área de 231.185 km², o clima é quente e úmido, a temperatura média anual é de 24,4°C, a vegetação predominante é a floresta caducifólia. Distante da capital (Recife) 66km, o acesso é pela BR-232 e PE-50. (Secretaria Municipal de Saúde de Glória do Goitá, 2007).



Mapa 1 – Distribuição espacial dos municípios da II Gerencia Regional de Saúde – PE, 2007.

 Área de estudo

5.3 População de estudo

Os sujeitos selecionados que participarão do processo das oficinas pedagógicas serão os profissionais das USF's, agentes comunitários de saúde, agentes de endemias e representantes de associações de moradores das áreas de abrangência das USF's estudadas.

5.4 Etapas de desenvolvimento do projeto

No estudo serão realizadas oficinas de educação em saúde nas USF's do município de Glória do Goitá possibilitando abordagens participativas para a prevenção e controle da esquistossomose nas áreas de abrangência dessas unidades.

O plano de intervenção será construído de forma participativa com todos os atores envolvidos com o problema. Serão realizadas oficinas educativas utilizando técnicas pedagógicas, prevalecendo as pedagogias críticas nas USF's selecionadas neste estudo. Os grupos participantes das oficinas serão formados por representantes das USF's, profissionais de saúde e membros das associações locais.

O plano de intervenção será realizado em quatro etapas:

1ª Etapa: Mobilização – os participantes de cada oficina receberão um convite para participação nas oficinas educativas;

2ª Etapa: Formação de Educadores Sociais – nesta etapa será realizado as oficinas educativas nas unidades de saúde onde será utilizado um filme sobre esquistossomose e o perfil epidemiológico do local. Em seguida a apresentação do vídeo o grupo será dividido em dois sub-grupos.

- Sub – Grupo 1: discutirá sobre as formas de contaminação;
- Sub – Grupo 2: discutirá sobre as formas de prevenção e tratamento da doença

Os resultados obtidos nas discussões dos grupos serão apresentados em plenária final. Nesta etapa da oficina serão acompanhadas por um facilitador que deverá estimular o grupo. A dinâmica aplicada permitirá identificar os conhecimentos e práticas dos atores envolvidos no processo em relação às formas de transmissão, prevenção e tratamento da esquistossomose. Bem como a divulgação de informações corretas no processo saúde – doença. Na finalização das oficinas serão distribuídos panfletos informativos sobre a doença.

3ª Etapa: entrega de recipientes para realização de exames coposcópicos – esse indicador de positividade servirá de avaliação da intervenção a cada ano. Sendo divulgados por meio do boletim epidemiológico do município.

4ª Etapa: Educar para transformar – os participantes das oficinas deverão realizar palestras de sensibilização nos grupos nos quais eles fazem parte (escolas, associações de bairros , etc).

5.5 Considerações Éticas

Esse trabalho não utilizou dados primários para sua elaboração não sendo necessário aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM) /FIOCRUZ. O projeto para elaboração desse plano de intervenção teve aprovação do Conselho Municipal de Saúde de Glória do Goitá.

6 RESULTADOS

Plano de ação para prevenção e controle da esquistossomose em Glória do Goitá

Quadro 1: Apresentação do plano de ação para prevenção e controle da esquistossomose em Glória do Goitá.

Estratégias	Ações	Prazo	Responsável
Divulgação do projeto	Convidar os profissionais de saúde e comunidade local para participarem das oficinas em seus respectivos dias e locais.	1º mês	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador de educação em saúde e gerente CAPS.
Formação de Educadores	Preparar o material para as oficinas; Realização das oficinas; Discussão em grupo; Apresentação da discussão em plenária final.	2º mês	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador de educação em saúde, coordenador de endemias e gerente CAPS.
Entrega de recipientes para exame	Entrega dos recipientes para os participantes das oficinas; Recolhimento do material para realização dos exames; Entrega dos resultados;	2º mês	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador de endemias.
Educar para transformar	Elaboração de estratégias para a disseminação dos conhecimentos adquiridos; Organização de encontros e palestras na comunidade local; Cronograma de atividades dos educadores sociais	Semestral	<ul style="list-style-type: none"> • Educadores Sociais.

7 CRONOGRAMA

ATIVIDADE	MÊS				
	1º mês	2º mês	3º mês	12º mês	24º mês
Divulgação das oficinas	x				
Realização das oficinas		x			
Realização dos exames			x		
Avaliação anual				x	x
Divulgação de boletim epidemiológico do município				x	x

7.1 RECURSOS HUMANOS

A equipe envolvida para a construção do presente plano de intervenção foi o Coordenador de endemias e a coordenadora de Educação em Saúde.

7.2 RECURSOS MATERIAIS/ EQUIPAMENTOS

- Computador;
- Data show;
- Transporte;
- Panfletos ;
- Cartolina;
- Piloto;

- Cola;
- Lápis de cera;
- Lápis grafite.

7.3 ORÇAMENTO

Material	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Cartolina	16	R\$ 0,50	R\$ 8,00
Piloto	16	R\$ 1,30	R\$ 20,80
Cola	08	R\$ 1,00	R\$ 8,00
Lápis de cera	08	R\$ 1,50	R\$ 12,00
Lápis grafite	50	R\$ 0,30	R\$ 15,00
Transporte	04	R\$ 40,00	R\$ 160,00
Lanche	04	R\$ 50,00	R\$ 200,00
		Total	R\$ 423,80

7.4 FONTE DE FINANCIAMENTO

A fonte de financiamento do presente plano de intervenção será a Secretária Municipal de Saúde de Glória do Goitá.

8 VIABILIDADE

Este plano de ação apresenta viabilidade política uma vez que esta proposta de intervenção teve a aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

A viabilidade financeira será com recursos próprios do município tanto no material de divulgação, como do material para realização dos exames clínicos.

Estarão envolvidos com este plano de intervenção todos os técnicos envolvidos com o problema da esquistossomose do município: vigilância epidemiológica, controle de endemias, educação em saúde, médicos, atenção básica e técnicos de laboratórios.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, C. S.; SILVA, C.B., BARBOSA, F.S. Epidemiologia da esquistossomose mansônica no engenho bela Rosa, Município de São Lourenço da Mata, PE. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 83-87, 1992.

BARBOSA, C.S., SILVA, C. B; BARBOSA, F S. Esquistossomose: reprodução e expansão da endemia no Estado de Pernambuco no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 6, 1996.

BARBOSA, C. S.; SILVA, C. B. Epidemiologia da Esquistossomose Mansônica no Engenho Bela Rosa, município de São Lourenço de Mata, PE. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8. n. 1. p. 83 – 87, 1992.

BRASIL, Constituição da Republica Federativa do Brasil 1988 – Brasília, DF 2002. Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br>. Acesso em 20 de agosto de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância e Saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2008. (Caderno da Atenção Básica, n. 21).

BRASIL, Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF 2002. Disponível em < <http://saude.gov.br>. Acesso em 12 de agosto de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6 ed. Brasília, DF, 2005. (série A. Normas e Manuais Técnicos).

CANDEIAS, N.M.F. 1997. Conceitos de educação de Promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, 31:209-213

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Controle da esquistossomose: diretrizes técnicas**. Brasília, DF, 1998.

IBGE. **Censo 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 abr. 2010.

KATZ, N.; PEIXOTO, S.V. Análise Crítica da Estimativa do Número de Portadores de Esquistossomose Mansonii no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba v.33, n.3, p. 303-308, 2000.

OLIVEIRA, T.F. et AL. Educação e controle da esquistossomose em Sumidouro (RJ, Brasil): avaliação de um jogo no contexto escolar. **Revista brasileira de pesquisa em educação em ciências**, v. 8 n. 3, 2008.

PASSOS, C. D. A. **Controle da Esquistossomose**. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

QUININO M. R. L; Costa S. B. M. Juliana; Wanderley G. N. Teresa; Barbosa S. Constança; Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife-PE, Brasil; **Avaliação das Atividades de Rotina do Programa de Controle da Esquistossomose em Município da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, entre 2003 e 2005**.

QUININO, M. R. L; **Avaliação das Atividades do Programa de Controle da Esquistossomose nos Municípios da Região Metropolitana do Recife no Período de 2003 a 2006**. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

SCHALL, V. T. Educação em saúde: novas perspectivas. **Interface – comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GLÓRIA DO GOITÁ, **Perfil Epidemiológico, 2009**.

TONBAR, F.; YALOUN, M.R. **Como fazer teses em saúde pública**, 1995.

ANEXOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE GLÓRIA DO GOITÁ
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GLÓRIA DO GOITÁ
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
RESOLUÇÃO Nº 005/10 DE 18 DE ABRIL DE 2010.

Aprova o plano de intervenção em esquistossomose no município de glória do goitá apresentado por Marília Figueirôa Mendonça.

O plenário do Conselho Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições legais em sua 101ª Reunião Ordinária, realizada no dia 28 de abril de 2010, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferida pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o “Plano de intervenção em esquistossomose no município de glória do goitá” apresentado por Marília Figueirôa Mendonça.

Glória do Goitá, 28 de Abril de 2010.

Luiza Maria da Silva Nery

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Glória do Goitá

