

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

Láyra Christine Almeida Amarante

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE CASOS
DE DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS NA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA VILA CALUMBI, UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COLONIZAÇÃO III,
NOVA PORTEIRINHA, MINAS GERAIS**

Belo Horizonte
2020

Láyra Christine Almeida Amarante

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE CASOS DE DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA CALUMBI, UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COLONIZAÇÃO III, NOVA PORTEIRINHA, MINAS GERAIS

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

Orientadora: Professora Rosamary Aparecida Garcia Stuchi

Belo Horizonte

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Declaro para os devidos fins, que aos 02 dias do mês de outubro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **LAYRA CHRISTINE ALMEIDA AMARANTE** intitulado PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE CASOS DE DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA CALUMBI, UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COLONIZAÇÃO III, NOVA PORTEIRINHA, MINAS GERAIS, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. ROSAMARY APARECIDA GARCIA STUCHI e Profa. Dra MARIA MARTA AMANCIO AMORIM. O TCC foi aprovado com a nota 75.

Esta ata foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia dois do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 18 de novembro de 2020.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO

Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 19/11/2020, às 15:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0420860** e o código CRC **D3101090**.

Referência: Processo nº 23072.241599/2020-43 SEI nº 0420860
Declaração MEDICINA-NES 0420860 SEI 23072.241599/2020-43 / pg. 1

Láyra Christine Almeida Amarante

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE CASOS DE DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA CALUMBI, UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COLONIZAÇÃO III, NOVA PORTEIRINHA, MINAS GERAIS

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

Orientador: Professora Dra Rosamary Aparecida Garcia Stuchi

Banca examinadora

Professora Rosamary Aparecida Garcia Stuchi. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal dos Vales do Jequinhonha e Mucuri.

Professora Maria Marta Amancio Amorim. Doutora em Enfermagem. Centro Universitário Unifacvest.

Aprovado em Belo Horizonte, em 02 de outubro de 2020

Agradeço a Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Secretaria Municipal de Saúde de Nova Porteirinha, Minas Gerais e a Equipe de profissionais da Unidade Básica de Saúde Colonização III pelo apoio institucional para a realização deste curso. Agradeço também a orientadora deste trabalho, Rosamary Aparecida Garcia Stuchi, pelo empenho e cuidados primorosos dado a orientação deste trabalho. Agradeço ao apoio dado pela minha família e finalmente, a Deus pela oportunidade de desenvolver novos aprendizados.

RESUMO

A Atenção Primária a Saúde apresenta recursos e estrutura de funcionamento interessantes ao controle das Doenças Infecciosas e Parasitárias. Apesar dos avanços na prevenção e tratamento deste grupo de doenças como medidas de saneamento básico, melhoria de condições de habitação, novas tecnologias de saúde, principalmente os antibióticos e vacinas, tais doenças ainda representam importante impacto na saúde da população, mantendo-se como causa importante de morbidade e mortalidade. O objetivo do presente trabalho é elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência de casos de doenças infecciosas e parasitárias na Unidade Básica de Saúde Colonização III do município de Nova Porteirinha/Minas Gerais. Trata-se de estudo transversal de intervenção realizado por meio da elaboração de um Diagnóstico Situacional em Saúde da Estratégia Saúde da Família e por fim de um Plano de Intervenção com o intuito de desenvolver atividades de promoção e prevenção com enfoque nos principais fatores de risco e controle de possíveis complicações das Doenças Infecciosas e Parasitárias. Espera-se que com o envolvimento da equipe da Estratégia Saúde da Família da Colonização III, Secretaria Municipal de Saúde e da comunidade sejam desenvolvidas ações de educação em saúde com o intuito de uma efetiva mudança de hábitos e costumes, maior adesão aos cuidados preventivos e de tratamento na criação de uma linha de cuidado para as Doenças Infecciosas e Parasitárias. Aos profissionais de saúde destaca-se a importância da Notificação de Agravos e busca ativa de casos quando necessário.

Palavras-chave: Prevenção. Atenção Primária à Saúde. Doenças Parasitárias. Doenças Infecciosas. Doenças Transmissíveis.

ABSTRACT

The Primary Health Care has interesting resources and functioning structure for the control of Infectious and Parasitic Diseases. Despite advances in the prevention and treatment of this group of diseases such as basic sanitation measures, improvement of housing conditions, new health technologies, especially antibiotics and vaccines, these diseases still represent an important impact on the population's health, remaining as a cause morbidity and mortality. The objective of the present work is to elaborate an intervention plan to reduce the incidence of cases of infectious and parasitic diseases in the Basic Health Unit Colonization III in the municipality of Nova Porteirinha / Minas Gerais. This is a cross-sectional intervention study carried out through the elaboration of a Situational Diagnosis in Health of the Family Health Strategy and finally an Intervention Plan with the aim of developing promotion and prevention activities focusing on the main risk factors and control of possible complications of Infectious and Parasitic Diseases. It is expected that with the involvement of the FHS team from Colonization III, the Municipal Health Secretariat and the Community will be developed health education actions with the purpose of an effective change in habits and customs, greater adherence to preventive care and treatment in the Community, creation of a line of care for Infectious and Parasitic Diseases. For the health professionals has prominence the Notification of Diseases and active search for cases when necessary.

Keywords: Prevention. Primary Health Care. Parasitic Diseases. Infectious diseases. Communicable Diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	
Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Vila Calumbi/ Colonização III, Unidade Básica de Saúde Colonização III, município de Nova Porteirinha, estado de Minas Gerais	15
Quadro 2 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta Prevalência de Casos de Doenças Infecciosas e Parasitárias”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Colonização III, do município Nova Porteirinha, estado de Minas Gerais.	37
Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico 2: “a falta de conhecimento sobre as doenças infecciosas e parasitárias” relacionado ao problema “alta prevalência de doenças infecciosas e parasitárias”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Colonização III, do município Nova Porteirinha, estado de Minas Gerais	39
Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico 3: “estrutura do serviço de saúde” relacionado ao problema “Alta Prevalência de Doenças Infecciosas e Parasitárias”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Colonização III, do município Nova Porteirinha, estado de Minas Gerais	41
Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico 4: “processo de trabalho da equipe de saúde” relacionado ao problema “Alta Prevalência de Doenças Infecciosas e Parasitárias”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Colonização III, do município Nova Porteirinha, estado de Minas Gerais	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CHIKV	Vírus Chikungunya
DDC	Doenças Diarreicas Agudas
DIP	Doença Infecciosa e Parasitária
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DENV	Vírus Dengue
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVAS	Infecções das Vias Aéreas Superiores
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SINAN	Sistema Nacional de Notificação de Agravos
SUS	Sistema Único de Saúde
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TRM-TB	Teste Rápido Molecular Tuberculose
UBS	Unidades Básicas de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
ZIKV	Vírus Zika

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Aspectos gerais do município	10
1.2	O sistema municipal de saúde	10
1.3	Aspectos da comunidade.....	11
1.4.	A Unidade Básica de Saúde Colonização III	11
1.5	A Equipe de Saúde da Família Vila Calumbi, da Unidade Básica de Saúde Colonização III	12
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Colonização III	12
1.7	O dia a dia da equipe Colonização III	12
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	13
1.9	Priorização dos problemas - a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	14
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVOS	18
3.1	Objetivo geral.....	18
	Elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência de casos de doenças infecciosas e parasitárias na Equipe de Saúde da Família Vila Calumbi, da Unidade Básica de Saúde Colonização III, Nova Porteirinha, Minas Gerais.	18
3.2	Objetivos específicos	18
4	METODOLOGIA	19
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	35
6.1	Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	35
6.2	Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	36
6.3	Seleção dos nós críticos (quinto passo)	36
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).....	37
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
8	REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

A cidade de Nova Porteirinha tem aproximadamente 7398 habitantes (estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2010, com 55% da população vivendo em área urbana. Localizada na região norte do estado de Minas Gerais e distante 557,3 km da capital do Estado, Belo Horizonte. Apresenta área da unidade territorial de 120,943 km² (IBGE, 2018). A cidade está localizada à margem direita do Rio Gorutuba e faz divisa com as cidades de Janaúba e Porteirinha (IBGE, 2009; NOVA PORTEIRINHA, 2019).

Em 1982 foi criado o distrito de Nova Porteirinha ainda pertencente à cidade de Porteirinha, sendo que a emancipação política somente veio acontecer em 1995 com a lei nº 12.030. Devido a cassação recente do prefeito, 2019 e do vice-prefeito, a presidente da Câmara de Vereadores, assumiu o cargo de prefeita até a realização de novas eleições. (BRITO, 2014)

A agricultura é a principal atividade econômica, tendo ganhado maior importância com a implantação do Perímetro Irrigado do Gorutuba que ocupa quase cinco mil hectares da área do município. A fruticultura tem grande destaque, principalmente com o plantio de banana, mas também com a produção em menor escala de uva, limão, manga, maracujá entre outras, além da produção de grãos e o plantio comercial de árvores. (BRITO, 2014; NOVA PORTEIRINHA, 2019)

1.2 O sistema municipal de saúde

Há quatro equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo duas unidades em zona urbana, com uma cobertura de 100% da população. A atenção secundária e terciária é encontrada nas cidades vizinhas como o Hospital Regional de Janaúba, sendo que alguns exames laboratoriais são colhidos nas UBS, mas a maioria é feita em cidades vizinhas, principalmente a cidade de Janaúba. A cidade apresenta farmácias, mas não há clínicas de atendimento médico de assistência privada (BRITO, 2014)

1.3 Aspectos da comunidade

Localizada na zona rural de Nova Porteirinha, Vila Calumbi ou Colonização III é uma comunidade de cerca de 1065 habitantes. Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho na agricultura, principalmente na fruticultura e nas plantações de eucalipto. É grande o número de desempregados e subempregados. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. (BRITO, 2014; Minas Gerais, 2019).

O salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 1,5 salário mínimo, entretanto 43,1% da população tem renda per capita de até meio salário mínimo. Cerca de 24,5% da população tem acesso a esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2009).

A taxa de mortalidade infantil é de 9,52 óbitos por mil nascidos vivos. A taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 98,3 %.O número de matrículas no ensino infantil, ensino fundamental e médio é de 328,732 e 271 respectivamente, a grande variação entre o número de alunos matriculados no ensino fundamental e médio se deve em parte ao êxodo escolar e a busca por escolas com melhor qualidade nas cidades vizinhas. (IBGE, 2009, Minas Gerais, 2019)

1.4. A Unidade Básica de Saúde Colonização III

A UBS da Equipe da Colonização III está situada na praça principal da Comunidade próxima a Igreja de Nossa Senhora da Saúde e a Escola. A sua estrutura física é composta por sala de recepção e registro, consultório médico, consultório da enfermagem com banheiro, consultório odontológico, consultório da fisioterapia, sala de curativo, farmácia, área para lanche (BRITO, 2014).

A área destinada à recepção é pequena, mas há em frente à unidade uma área com árvores onde frequentemente os pacientes sentam esperando o atendimento. A recepção conta com cadeiras de madeira e de plástico e um bebedouro, há também uma televisão, mas recentemente esta deixou de funcionar e ainda não houve conserto. Não existe sala de reuniões, assim os grupos operativos geralmente são feitos no corredor próximo ao consultório da dentista (BRITO, 2014).

A UBS presta os seguintes serviços: consultas médicas, da enfermagem e da psicologia, visitas domiciliares, reuniões em grupos, distribuição de medicamentos da farmácia básica, visitas dos agentes comunitários de saúde (ACS), curativos, nebulização, pesagem, imunização com caixa volante, serviço básico odontológico realizado pela equipe de saúde bucal, serviço de fisioterapia. (NOVA PORTEIRINHA, 2019)

1.5 A Equipe de Saúde da Família Vila Calumbi, da Unidade Básica de Saúde Colonização III

A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma dentista, uma técnica em higiene dental, uma auxiliar em saúde bucal, três ACS, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e um motorista (BRITO, 2014).

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Colonização III

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 às 11:00 e de 13:00 às 17:00 horas, entretanto, os profissionais médico, fisioterapeuta, enfermeira e dentista realizam atendimento de 7:00 horas as 13:00 horas, sendo que a técnica de enfermagem e a recepcionista ficam durante todo o turno na Unidade. (BRITO, 2014).

1.7 O dia a dia da equipe Colonização III

O tempo da Equipe é dedicado em sua maior parte a demandas espontâneas e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atualização do calendário vacinal, atendimento a hipertensos e diabéticos, reabilitação através da fisioterapia e acompanhamento de pacientes em tratamento para tuberculose e seus contactantes.

As atividades são organizadas de modo a coordenar os atendimentos de diferentes profissionais para certos públicos-alvo a serem atingidos, como idosos, diabéticos, gestantes e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças.

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

Através de reuniões com membros da equipe de Saúde da Família, entrevista com informantes-chave e pela observação da comunidade chegou-se a seguinte lista com os principais problemas com as quais a população convive.

- Baixa renda, grande proporção de emprego com vínculo informal, alto índice de analfabetismo, alta taxa de abandono escolar, gestação na adolescência, idosos em situação de abandono, saneamento básico inadequado, condição de moradia inadequada para parte da população, dificuldade de acesso a alguns serviços (escola, alguns medicamentos, etc), alta prevalência de tabagismo e alcoolismo, violência doméstica, entre outros. Além da dificuldade em realizar alguns tipos de exames especializados, dificuldade em conseguir atendimento de saúde em hospital mais próximo. Subnotificação de agravos.

- Problemas da área de abrangência, da unidade de saúde: grande quantidade de consultas em demanda espontânea, pacientes com condições crônicas com baixa adesão ao tratamento, uso irregular de medicações. Quanto à estrutura da Unidade de Saúde, faltam equipamentos básicos e as salas são pequenas e mal ventiladas.

- Problemas de saúde prevalentes: infecção de vias aéreas inferiores, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), tuberculose, hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, doença de Chagas, depressão, transtorno de ansiedade, parasitoses intestinais, dengue.

- Problemas relacionados ao saneamento: insuficiente, não há serviço de esgotamento sanitário, parte dos dejetos é eliminada através de fossa e uma porção menor a céu aberto.

- Educação: O maior problema é o transporte escolar, muitas vezes não há aula devido a falta de ônibus escolares para buscar e levar as crianças que moram em áreas mais distantes das escolas. Alta taxa de abandono escolar e de semianalfabetismo, a maioria da população trabalha com a agricultura, fazendo com que os jovens comecem a trabalhar desde cedo. Outra questão é o pouco incentivo familiar para o estudo formal.

- Problemas do trabalho da equipe: comunicação insuficiente, falta de treinamento adequado para parte dos profissionais.

1.9 Priorização dos problemas - a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Seguido a linha do Planejamento Estratégico Situacional explicitado por CAMPOS, FARIA e SANTOS, (2018,54-55p.) foram realizadas reuniões com a equipe no intuito de selecionar alguns dos problemas citados, bem como avaliá-los com base nos conceitos de “projeto de governo”, “governabilidade” e “capacidade de governo” que a equipe dispunha para criar estratégias visando a implementação de um plano de ação.

Após discussão de alguns assuntos como baixa renda, etilismo e tabagismo, violência doméstica, problemas estruturais da Unidade Básica de Saúde (UBS), diabetes, doenças cardiovasculares e doenças infecciosas e parasitárias, oito foram escolhidos pela equipe para serem analisados quanto a importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

Apesar de todos os problemas apresentarem alta importância, os critérios “urgência” e “capacidade de enfrentamento” permitiram a seleção do tema “alta prevalência de doenças infecciosas e parasitárias” como nossa base da problematização (Quadro 1).

As doenças infecciosas e parasitárias mais prevalentes na população adscrita a UBS Colonização III são: doença de Chagas, infecções de vias aéreas superiores, tuberculose, dengue, pneumonia, piodermite, ascaridíase, escabiose, entre outras.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Vila Calumbi/ Colonização III, Unidade Básica de Saúde Colonização III, município de Nova Porteirinha, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Doenças infecciosas e parasitárias	Alta	7	Parcial	1
Doenças cardiovasculares	Alta	6	Parcial	2
Diabetes	Alta	5	Parcial	3
Acidentes e mortes violentas	Alta	4	Parcial	4
Etilismo e tabagismo	Média	3	Parcial	5
Violência doméstica	Média	2	Parcial	6
Baixa renda	Alta	2	Fora	7
Estrutura da UBSF	Baixa	1	Parcial	8

Fonte: autoria própria (2020)

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

As Doenças Infecciosas e Parasitárias representam boa parte dos atendimentos médicos da UBS Colonização III, são causa de agravamento das principais comorbidades, internação médica prolongada, complicações obstétricas como prematuridade, baixo peso na população pediátrica, absenteísmo, dificuldade de aprendizagem e abandono escolar. A Doença de Chagas, por exemplo, representa fator agravante das cardiopatias. Este grupo de doenças quando muito frequentes exacerbam os problemas habituais da população e tem como medidas de enfrentamento práticas acessíveis e a baixo custo.

Nos últimos anos a doença isquêmica cardíaca e as doenças cerebrovasculares representaram as principais causas de Mortalidade no Brasil. Com relação a população assistida pela UBS Colonização III a situação não é diferente. As doenças cardiovasculares ainda tem baixa adesão ao tratamento e altos custos com

seu tratamento crônico e de suas complicações, como a necessidade de internação hospitalar, exames complementares, medicamentos, acompanhamento com especialista, cirurgias e outros procedimentos médicos. O diabetes tem situação semelhante como importante causa de morbidade e mortalidade, entretanto apesar da grande prevalência e adesão insuficiente ao tratamento, o controle dos pacientes na UBS Colonização III tem alcançado menores complicações e menor taxa de internação conforme os prontuários médicos da Unidade. (DATASUS, 2018)

Os acidentes e mortes violentas, o etilismo e tabagismo, a violência doméstica e a baixa renda são problemas de alto cunho social bastante intrincados na própria história daquela comunidade que tem grande proporção de emprego com vínculo informal, alto índice de analfabetismo, alta taxa de abandono escolar, gestação na adolescência, idosos em situação de abandono, saneamento básico e condição de moradia insuficientes para parte da população, dificuldade de acesso a alguns serviços e bens.

A situação social contribui de certa forma para a manutenção de violência e baixa renda, não raro os pacientes iniciam o uso de álcool e tabagismo ainda na infância, muitas vezes em suas próprias casas.

O fato de maior parte da população adulta ter empregos informais e muitas vezes disponíveis apenas em parte do ano, por exemplo, possibilidade de emprego apenas na época da colheita de determinada fruta, faz com que a situação financeira não seja estável para parte importante da comunidade.

A estrutura da estrutura da Unidade é insuficiente em medicamentos e equipamentos básicos e as salas são pequenas e mal ventiladas. A distância do centro da cidade e assim do serviço hospitalar cria grande demanda na UBS sobrecarregando o uso dos recursos disponíveis.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças infecciosas e parasitárias representam um problema de saúde frequente na UBS Colonização 3. Trata-se de causa comum de atendimento e de morbidade, seja no acompanhamento das complicações da doença de Chagas, mais prevalente nos idosos, no volume de atendimento de infecções de vias aéreas superiores e dengue de forma prioritariamente sazonal, nos casos de tuberculose representados por seis casos confirmados no último ano e oito em investigação atualmente, conforme dados coletados nos registros da UBS.

Os casos de pneumonia ganham destaque com a alta incidência de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e ao grande número de idosos na comunidade que permitem quadros mais graves e de maior dificuldade de tratamento. Os casos de piodermite na UBS estão relacionados à mordedura ou picadura em crianças por animais ou insetos, e tem relação importante com os pacientes idosos, principalmente portadores de diabetes e/ou de insuficiência venosa periférica.

A precariedade de saneamento básico correlaciona-se a alta prevalência de ascaridíase e escabiose, sendo a ascaridíase importante causa de anemia na infância.

Por conseguinte, a Equipe da Estratégia Saúde da Família Colonização III optou pelo problema “doenças infecciosas e parasitárias” devido as altas incidência e/ou prevalência observadas pela frequência de atendimentos clínicos voltados para tal assistência, pela importância social e pela grande capacidade de governabilidade que a Equipe dispõe de realizar um plano de intervenção que possa modificar tal situação.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência de casos de doenças infecciosas e parasitárias na Equipe de Saúde da Família Vila Calumbi, da Unidade Básica de Saúde Colonização III, Nova Porteirinha, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Melhorar as condições de higiene das famílias.

Incentivar a vacinação e a adesão as atividades de puericultura.

Realizar atividades de capacitação da Equipe de Saúde.

Realizar o tratamento adequado de doenças infecciosas e parasitárias.

Estabelecer linha de cuidado para doenças infecciosas e parasitárias.

4 METODOLOGIA

Foi utilizada a metodologia da Estimativa Rápida para a elaboração de um Diagnóstico Situacional em Saúde da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Vila Calumbi, Colonização III, localizada no Município de Nova Porteirinha, Minas Gerais. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

Buscou-se informações em registros escritos do acervo próprio do município em sites de fontes oficiais do Ministério da Saúde, em entrevistas com informantes-chave e na observação ativa do funcionamento da unidade.

Com o Diagnóstico Situacional pôde-se identificar os principais problemas de saúde daquela área bem como de questionar causas e consequências, possibilitando a formação de um plano de ação. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018)

Conjuntamente foi realizada revisão bibliográfica em base de dados oficiais da área médica e em livros texto de parasitologia e infectologia para a construção do referencial para a sustentação teórica e auxílio à elaboração da proposta de intervenção sobre o problema escolhido. Foi realizada pesquisa nas bases de dados da área médica Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), com as palavras-chave: “Prevenção”, “Atenção Primária à Saúde”, “Doenças Parasitárias”, “Doenças Infecciosas”, “Doenças Transmissíveis”, produzidos a partir de 2016, além de documentos e relatórios produzidos pelo Ministério da Saúde sobre o tema em questão.

A escolha da proposta de intervenção seguiu os passos de forma cronológica: definição dos problemas, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos “nós” críticos, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e gestão do plano. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018)

Os resultados aqui obtidos buscam a elaboração de plano operativo e são provenientes da análise do problema priorizado com busca ativa conforme a realidade apresentada na área de abrangência da Unidade de Saúde Colonização III, da explicação do problema em busca de suas principais causas, seleção de “nós críticos”, desenho das operações e seus recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e políticos necessários. Foram identificados recursos críticos e feita análise da

viabilidade do plano, bem como propostas com intuito de possibilitar uma motivação favorável em situações em que recursos críticos não estejam disponíveis. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018)

Os recursos pedagógicos a serem empregados em grupos educativos para auxiliar o profissional de saúde a tornar o processo educacional mais interessante para grupos de risco na população em desenvolver doenças infecciosas e parasitárias utilizados serão folhetos, cartazes, vídeos que serão utilizados.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à Saúde

A instituição de serviços locais de saúde voltados para a assistência à saúde de uma determinada população foi proposta desde a declaração de Alma-Ata, em 1978. Com a constituição e formação do Sistema Único de Saúde (SUS) há cerca de duas décadas foi possível desenvolver a Atenção Básica à Saúde, seguindo o mesmo modelo assistencial já citado em atividades de alta complexidade e baixa densidade, com intuito de promover o cuidado não somente no aspecto de sistema de saúde, bem como do ponto de vista educacional, social e de vigilância em saúde conforme os princípios do SUS.(OPAS, 1978; BRASIL, 2016).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNI) define Atenção Básica como

“um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.” (BRASIL, 2006, s./p)

A Atenção Primária a Saúde surge como processo desenvolvido por equipes formadas e construídas na coletividade e especificidades de um território e sua população adscrita. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

5.2 Doenças infecciosas e parasitárias

As doenças infecciosas e parasitárias (DIP) são doenças transmissíveis desenvolvidas devido a contaminação e proliferação de agente infeccioso ou parasitário em hospedeiro suscetível. (FOCACCIA; VERONESI, 2015)

As DIP fazem parte da rotina de atendimento clínico da maioria das UBS, representam uma extensa lista de morbidades que apresentam diferentes perfis de transmissão. São causas importantes de absenteísmo no trabalho ou escola, de consultas em UBS, consultórios especializados e internação hospitalar,

representando grande importância no contexto de saúde pública (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; MUNOZ; FERNANDES, 2013; BRASIL, 2017).

Em alguns casos além da necessidade de existência de agente etiológico, hospedeiro e ambiente adequando na cadeia de transmissão, ainda será necessária a presença de um vetor, ou seja, um meio de transportar determinado agente entre hospedeiros. Os principais agentes etiológicos das DIP são bactérias, fungos, protozoários, helmintos e vírus (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; MUNOZ; FERNANDES, 2013; BRASIL, 2017).

O ambiente representa o contexto em que agente etiológico e hospedeiro irão interagir, conhecer seus diversos aspectos, como físico, social, cultural e político, ajudam a entender a história natural da doença e assim criar estratégias de prevenção. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; MUNOZ; FERNANDES, 2013).

Estudar o impacto das DIP em determinada população representa também uma forma de avaliar a assistência à saúde prestada em determinada área, sobretudo da Atenção Primária a Saúde, já que as medidas de prevenção geralmente são desenvolvidas a baixo custo e de forma educativa. (SALGADO, 2019)

As DIP têm sua ocorrência diretamente relacionada às condições socioambientais de uma população. Estas doenças estão associadas a um ciclo “Pobreza-Doença” em que as condições sociais possibilitam que estas pessoas vivam em condições de moradia precárias, sem alimentação ou educação adequadas, estando mais suscetíveis a doenças. O ciclo se mantém quando uma vez doentes estas pessoas apresentam dificuldades em se desenvolver no trabalho, nas escolas, isto é, de melhorar de vida, o que perpetua o ciclo (BRASIL, 2010).

Viu-se nas últimas décadas uma redução importante da magnitude das DIP tendo como causa uma ampliação de alcance de medidas de saneamento básico, melhoria de condições de habitação, novas tecnologias de saúde, principalmente os antibióticos e vacinas. (WALDMAN, 2016; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

No Brasil, algumas doenças infecciosas como aquelas preveníveis por vacinação, podemos citar tuberculose (formas graves), hepatite B e A, difteria, tétano, coqueluche, infecções pelo *Haemophilus influenzae* B, Pneumococo e *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C, poliomielite, diarreia por rotavírus, Febre Amarela, Caxumba, Rubéola, Varicela e Papiloma genital representam um grande sucesso em

seu controle com a implantação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) iniciado em 1973. Destaca-se a eliminação da poliomielite em 1989 e a da erradicação da varíola, certificada em 1980. (WALDMAN, 2016; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Entretanto, a expectativa de minimização ou controle de doenças infecciosas não ocorreu conforme o previsto. Acreditava-se que com o desenvolvimento de novos tratamentos e ampliação de cuidados sanitários as DIP decairiam em decorrência do aumento de doenças crônicas. Iniciar-se-ia então a chamada “era da doença crônica” em que as doenças crônico-degenerativas ganhariam destaque nas causas de mortalidade. Apesar das melhorias na prevenção e tratamento das DIP, tais doenças ainda representam importante impacto na morbidade e mortalidade da população brasileira, segundo o site DATASUS, no ano de 2018, ocorreram cerca de 1.315.527 óbitos por ocorrência no Brasil, sendo que 54.814 óbitos tiveram como causa base conforme notificação “Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias”, representadas pela classificação internacional de doenças (CID) A00 a B99 (DATASUS, 2018).

Em meio a sucessos e fracassos o controle das DIP é um desafio à saúde pública. Em tempos de globalização, a popularização e a facilidade de transporte entre diferentes áreas do globo, o aumento da população mundial, um processo de urbanização cada vez mais veloz e nem sempre bem projetado, a exploração de recursos naturais em grande demanda são algumas das razões para a disseminação e manutenção das DIP (BARRETO, 2011).

O êxodo rural e o desmatamento representam importante impacto na expansão de algumas doenças endêmicas, como leishmaniose, hanseníase, doença de Chagas e febre amarela. A reintrodução de doenças como a dengue, a pandemia de cólera em 1990, o vírus H1N1 da gripe em 2009 e nos últimos anos de zika, chikungunya e sífilis e atualmente a expansão do Coronavírus demonstram a importância do estudo destes casos (BARRETO, 2011; BRASIL, 2020).

Em 2019 houve novo surto da infecção por sarampo em vários locais do globo, doença antes considerada controlada e cuja prevenção está inclusa no calendário vacinal básico. As áreas com o maior número de casos têm relação direta com uma menor cobertura vacinal por motivos que variam entre as diferentes localidades, citam-se falta de acesso aos serviços de saúde, ausência de vacinação de qualidade,

conflito e deslocamento, falta de conhecimento quanto a necessidade de se vacinar ou medo de adoecimento ou efeito colateral com a vacinação (BRASIL, 2019).

O Brasil, antes em situação de erradicação de sarampo, apresentou, entre 16 de junho a 07 de setembro de 2019, 3339 casos confirmados de sarampo, divididos entre 16 estados, entretanto esta divisão não ocorreu de forma homogênea, sendo que 97,5% dos casos foram notificados em municípios do Estado de São Paulo, principalmente em região metropolitana (BRASIL, 2019).

A lei 8080 de 1990, lei esta que regulamenta as ações e serviços de saúde em território nacional pelo SUS apresenta a seguinte definição de Vigilância Sanitária, uma importante estratégia de controle e investigação de agravos a saúde sejam estes passíveis de transmissão ou não:

“Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.” (BRASIL, 1990, s./p)

O Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN) é mecanismo do SUS que realiza a documentação em sistema informatizado das doenças de notificação compulsória, introduzidas pela Portaria número 204, de 17 de fevereiro de 2016. Conforme tal Portaria a notificação de agravos é obrigatória por definição e deve ser realizada por médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde à autoridade de saúde, diante de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública (BRASIL, 2016).

Contudo, a subnotificação tem sido comum na prática clínica seja pelo fato de o paciente não buscar assistência médica ou pela omissão de profissionais de saúde, muitas vezes associando a notificação com sendo mais uma “burocracia” do sistema de saúde (SEGURADO, 2016; FOCACCIA; VERONESI, 2015).

A lista de agravos a serem notificados geralmente estão associados a potencial de causar surtos, epidemias ou pela alta gravidade do quadro, podemos citar as infecções respiratórias agudas, doença de Chagas, Dengue, Zika, HIV, Tuberculose doenças estas de grande importância em controle, prevenção e tratamento. (SEGURADO, 2016; FOCACCIA; VERONESI, 2015; BARRETO, 2011)

As infecções agudas de vias aéreas superiores (IVAS) apresentam grande relevância na rotina de atendimentos da atenção primária, são representadas

principalmente pelos casos de nasofaringite aguda (resfriado comum), gripe, rinossinusite, amigdalite, faringite, faringoamigdalite, epiglotite e laringite. (BRASIL, 2019; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; SALOMÃO, 2017; FOCACCIA; VERONESI, 2015)

Seus agentes causais mais comuns são os vírus, dos quais podemos citar rinovírus, coronavírus, vírus sincicial respiratório parainfluenza, influenza como os vírus mais comumente relacionados a este tipo de infecção, entretanto a lista de agentes causadores pode chegar a mais de 200 vírus distintos. Os agentes bacterianos mais comuns são *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (BRASIL, 2019; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; SALOMÃO, 2017; FOCACCIA; VERONESI, 2015; BRASIL, 2020)

Geralmente de evolução autolimitada, os casos graves são pouco frequentes. Outra causa de morbidade são as exacerbações de asma e complicações secundárias como otites, pneumonias e mais raramente síndrome respiratória aguda grave. O resfriado comum pode apresentar sintomas como congestão nasal, tosse sem expectoração, odinofagia, cefaleia, adinamia, mialgia e menos frequente febre baixa. O tratamento costuma ser feito com medicamentos sintomáticos. (SALOMÃO, 2017; FOCACCIA; VERONESI, 2015)

Influenza humana ou gripe tem alta transmissibilidade e distribuição global. Um indivíduo pode contraí-la várias vezes ao longo da vida e geralmente este contágio é feito pelo contato com perdigotos de pessoa contaminada pelo vírus. O quadro clínico, assim como no resfriado comum, é de síndrome gripal. Atenção especial deve ser dada para pacientes com doença crônica, idosos e crianças menores de 2 anos em que a ocorrência de complicações é mais comum. Há a vacinação para influenza de forma sazonal para grupos de risco selecionados durante campanha. (BRASIL, 2019; FOCACCIA; VERONESI, 2015)

As infecções das vias aéreas inferiores são representadas principalmente por bronquite aguda, exacerbação aguda de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e pneumonia. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; SALOMÃO, 2017; FOCACCIA; VERONESI, 2015)

A pneumonia trata-se de infecção do parênquima pulmonar e de estruturas subjacentes. O quadro clínico costuma ser súbito e com sintomas respiratórios como

tosse, seca ou produtiva, febre alta, calafrios, dispneia, mialgia e por vezes dor pleurítica e sinais de comprometimento sistêmico. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; SALOMÃO, 2017; FOCACCIA; VERONESI, 2015)

Conforme provável local de contaminação pode ser classificada em pneumonia adquirida na comunidade ou nosocomial, importante para a definição do tratamento, já que nem sempre é possível ou interessante a determinação de agente etiológico. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Se o paciente apresenta quadro de pneumonia e estava fora de ambiente hospitalar ou em até 48 horas de internação fala-se em pneumonia adquirida na comunidade e seus principais agentes costumam ser as bactérias *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, e menos frequentemente *Staphylococcus aureus*, *Legionella pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa*. Os principais agentes virais são influenza, parainfluenza, respiratório sincicial, adenovírus e coronavírus. Pneumonia por fungos e parasitas ocorre de forma esporádica, sendo mais relacionada a paciente com imunodeficiência. (SALOMÃO, 2017; FOCACCIA; VERONESI, 2015)

O tratamento das pneumonias de origem bacteriana deve ser iniciado precocemente, sendo a escolha do antibiótico empírica na maioria dos casos e baseada em fatores de risco do paciente, epidemiologia local quanto aos agentes mais comuns e sensibilidade aos antibióticos disponíveis, além de critérios de gravidade na apresentação clínica do quadro. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; SALOMÃO, 2017; FOCACCIA; VERONESI, 2015)

A vacinação de pacientes em grupos de risco para complicações e gravidade é uma importante medida de prevenção, sendo disponíveis as vacinas antipneumocócica pneumo-13 e pneumo-23, e a vacina anti-influenza. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; SALOMÃO, 2017; FOCACCIA; VERONESI, 2015)

A tuberculose é uma doença infecciosa, transmissível e de evolução crônica, geralmente insidiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Sua transmissão ocorre através da inalação de aerossóis eliminados pelas vias aéreas de pacientes com a forma ativa da doença, por meio da fala, espirro ou tosse em pacientes com

acometimento pulmonar. A transmissão por contato com superfícies contaminadas é pouco importante para a cadeia de transmissão. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Para que ocorra o contágio necessita-se de ambiente e paciente com características favoráveis. O estado bacteriológico do paciente, o estado imune do contactante, além do tempo e da intensidade de contato são fatores influenciadores. A estimativa seja de que um paciente com tuberculose doença pulmonar possa infectar 10 a 15 pessoas em contato próximo pelo período de um ano. As crianças menores de 10 anos geralmente eliminam poucos bacilos no escarro e assim tem pouca influência na transmissão. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

No Brasil, a vacina BCG (bacilo de Calmette-Guérin), uma medida preventiva de formas mais graves da doença, é oferecida pelo SUS, em maternidades ou na Atenção Primária. A vacina é produzida através de bacilos vivos atenuados, a partir de cepas do *Mycobacterium bovis*. A vacinação é em dose única e deve ser realizada o mais precocemente possível, de preferência logo após o nascimento. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; FOCACCIA; VERONESI, 2015)

Os sintomas da doença irão depender do órgão acometido, bem como do estado imune do paciente, assim como sua idade. A tuberculose pulmonar é a mais comum e tem maior importância epidemiológica por manter a cadeia de transmissão. Em crianças, destaca-se a febre, geralmente moderada e vespertina de curso mais insidioso, com duração de 15 dias ou mais, além deste sinal a criança doente pode apresentar irritabilidade, tosse, adinamia, inapetência e sudorese noturna. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Em pacientes adolescentes e adultos jovens a tosse é o sintoma mais comum e costuma ser o maior parâmetro para investigação, sobremaneira na atenção primária. Todo paciente com tosse por um período igual ou maior que 03 semanas deve passar por investigação para tuberculose. Tais pacientes podem também apresentar febre baixa vespertina, emagrecimento, adinamia e sudorese noturna. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; FOCACCIA; VERONESI, 2015)

Os sinais e sintomas da tuberculose extrapulmonar irão depender dos órgãos afetados. Os tipos mais frequentes são pleural e/ou empiema pleural tuberculoso, ganglionar periférica, meningoencefálica, miliar e laríngea. Esta forma é mais comum em pacientes imunossuprimidos. É importante destacar que a deve-se sempre

investigar tuberculose pulmonar se o paciente já tiver o diagnóstico de tuberculose extrapulmonar, pois a ocorrência simultânea é comum, sendo então designada por tuberculose mista. (BRASIL, 2019; FOCACCIA; VERONESI, 2015)

O diagnóstico pode ser clínico se houver impossibilidade de se solicitar exames laboratoriais (bacteriológicos), nestas situações outros exames que possam sugerir a tuberculose, mesmo sem isolar o bacilo, devem ser acrescentados. Os exames de escolha para a confirmação diagnóstica são a baciloscopia direta, a cultura e o Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB). (BRASIL, 2019)

A tuberculose tem alcançado altas taxas de cura, entretanto, é essencial a adesão ao tratamento de forma a se usar a medicação correta em doses adequadas e por tempo suficiente. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

O tratamento diretamente observado (TDO) representa ferramenta importante para manutenção da adesão ao tratamento e é onde a atenção primária se destaca nesta forma de cuidado ao ter maior proximidade ao paciente o que facilita a observação direta do uso da medicação pelo profissional de saúde. (BRASIL, 2019)

O esquema básico de tratamento segundo o Ministério da Saúde tem duração de 06 meses e utiliza-se de comprimidos contendo 04 medicações (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) nos primeiros dois meses e nos 04 meses restantes com 02 medicamentos (rifampicina e isoniazida). (BRASIL, 2019)

A atenção primária também ganha importância na investigação dos contatos daquele paciente objetivando o diagnóstico e o tratamento precoces como estratégia de controle da doença. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; FOCACCIA; VERONESI, 2015)

As chamadas doenças diarreicas agudas (DDA) representam, na verdade, uma síndrome clínica caracterizada por alterações no padrão das evacuações no sentido de aumento da frequência e de volume das fezes, além de redução na sua consistência. Quando há sangue ou muco nas fezes fala-se em disenteria. A diarreia pode ainda ser acompanhada de febre, náuseas, vômitos, dor abdominal, tenesmo e câibras. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

A causa desta síndrome corresponde a um grupo de doenças gastrointestinais de evolução habitualmente autolimitadas, durando até 14 dias. Os principais agentes etiológicos são os vírus, principalmente o rotavírus, as bactérias,

deve-se dar atenção a *Escherichia coli* e em menor proporção as infecções parasitárias. (BRASIL, 2019; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; FOCACCIA; VERONESI, 2015)

O diagnóstico é clínico, mas é importante, principalmente em caso de surtos de diarreia, a determinação do agente etiológico através de exames laboratoriais. As principais complicações são desidratação e desequilíbrio hidroeletrólítico, a falta de um tratamento adequado acrescenta gravidade principalmente em crianças e em pacientes desnutridos. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

O tratamento básico consiste na prevenção ou correção de desidratação e de distúrbios hidroeletrólíticos. A terapia de reposição pode ser oral ou endovenosa a depender do estado clínico do paciente. O suporte nutricional depende do estado prévio de saúde do paciente bem como de sua condição clínica, a reposição de zinco é interessante tanto para tratamento como prevenção para este tipo de infecção nos próximos meses. O uso de antibióticos fica restrito para casos especiais, conforme idade e estado imunológico do paciente e da possibilidade de diagnóstico etiológico. (BRASIL, 2019; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019); FOCACCIA; VERONESI, 2015)

As principais estratégias de prevenção das diarreias agudas são os cuidados de higiene pessoal e das condições sanitárias, o incentivo a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida da criança. A administração da vacina para rotavírus humano (atenuada) por via oral em duas doses para crianças faz parte Programa Nacional de Imunizações (PNI). (BRASIL, 2019; FOCACCIA; VERONESI, 2015)

As doenças arbovirais são causadas por vírus transmitidos por artrópodes e representam um importante desafio para a saúde pública mundial. Nos últimos anos, o vírus dengue (DENV), e mais recentemente Chikungunya (CHIKV) e Zika (ZIKV) ganharam maior destaque devido a alta incidência e suas complicações. As semelhanças entre os primeiros sinais e sintomas destas três arboviroses dificultam o diagnóstico e assim o tratamento e os registros de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2019; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

O ciclo de transmissão costuma ocorrer pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti* infectada previamente em indivíduo suscetível. Além da via vetorial (a mais comum), a transmissão pode ocorrer pelas vias vertical (mais comum e de maior

gravidade na Zika) e transfusional. O Zika vírus pode também ter transmissão por via sexual. A espécie *Aedes aegypti* também é responsável pela transmissão do vírus da febre amarela em áreas urbanas. Já o período de incubação sofre influência do tipo de vírus, do indivíduo e até da temperatura ambiente. (BRASIL, 2019; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

O período de incubação sofre influência do tipo de vírus, do indivíduo e até da temperatura ambiente. A dengue costuma ter evolução benigna e manifestações clínicas variáveis, desde pacientes assintomáticos até manifestações graves como a dengue hemorrágica. Classicamente corresponde a doença aguda com febre alta, podendo ser acompanhada por cefaleia intensa, dor retro-orbital, mialgias, artralguas, adinamia, vômitos e inapetência. Mais tardiamente podem apresentar exantema e prurido intensos. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Fenômenos hemorrágicos discretos podem ocorrer sem configurar dengue hemorrágica, entretanto deve servir de sinal de alerta. Os sinais mais importantes de agravamento do quadro são aumento do hematócrito e plaquetopenia, os sintomas de destaque são dor abdominal intensa, vômitos persistentes, extravasamento de líquido para o interstício, hipotensão postural, confusão mental, hemorragia de grande monta. Alguns pacientes podem evoluir para complicações graves como choque, disfunção orgânica grave, até o óbito. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; FOCACCIA; VERONESI, 2015)

O diagnóstico pode ser clínico-epidemiológico se exames diagnósticos não estiverem disponíveis. O tratamento é baseado na prevenção ou reposição de perdas volêmicas conforme o estado clínico do paciente e através do uso de medicamentos sintomáticos. (BRASIL, 2019)

A medida preventiva mais importante é o controle do vetor. Em 2015, no Brasil, foi aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) a vacina tetravalente (Dengvaxia) destinada a pacientes com história prévia de infecção por pelo menos um dos sorotipos da doença, em 03 doses, para pacientes de 09 a 45 anos. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

O vírus chikungunya causa doença caracterizada por febre alta de início súbito e poliartralgia, sendo importante para o diagnóstico o vínculo epidemiológico. A doença tende a cronificar em até 50% dos casos e em alguns pode haver quadro

atípico e grave com possibilidade de óbito do paciente. A doença costuma evoluir em três fases com durações aproximadas de cinco a catorze dias (aguda/ febril), até três meses (pós-aguda) e por mais de três meses (crônica). (BRASIL, 2019)

A fase aguda costuma se apresentar por febre alta que pode se associar a intensa poliartralgia por vezes bilateral, simétrica, com edema e queixa de rigidez articular matinal, além de outros sintomas como, mialgia, cefaleia, astenia, calafrios, conjuntivite, vômitos, diarreia e mais raramente exantema macular ou maculopapular. (BRASIL, 2019; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Na fase pós-aguda pode ocorrer cessação da febre, melhora, persistência ou piora do quadro articular. Além de Síndrome do túnel do carpo, astenia, exantema e prurido, com menor frequência pode haver doença vascular periférica e sintomas depressivos. A fase crônica pode persistir por anos com artralgia, mialgia e mais comumente dor neuropática. (BRASIL, 2019)

O diagnóstico laboratorial específico é importante para fins epidemiológicos. Sem um tratamento antiviral específico, a base da terapêutica consiste no uso de sintomáticos em especial o controle da dor (evitar uso de anti-inflamatórios não esteroides, ácido acetilsalicílico e de corticosteroides na fase aguda) avaliação hemodinâmica e necessidade de hidratação, medidas não farmacológicas, como compressas frias e fisioterapia, além da avaliação frequente de pacientes com comorbidades e gestantes. (BRASIL, 2019; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

O Zika vírus causa doença aguda com manifestações clínicas frequentemente leves a moderadas, por vezes assintomática, e de evolução autolimitada. A suspeita diagnóstica irá depender dos sintomas e do vínculo epidemiológico (viagem a áreas endêmicas, contato com paciente com a doença, etc). Com período de incubação relativamente curto, dois a sete dias, o quadro clínico pode apresentar quadro agudo com febre baixa, exantema com prurido geralmente intenso, poliartralgia, conjuntivite, dor retroorbital, cefaleia e astenia, sendo destes o prurido a principal causa de busca de atendimento médico. O vírus é neurotrópico e assim pode desencadear complicações como Síndrome de Guillain-Barré, encefalites e neurite óptica e através da transmissão vertical malformações neurológicas em recém-nascidos como a microcefalia (BRASIL, 2019; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

O caso suspeito deve ser notificado e investigado. Além do vínculo epidemiológico, a presença de exantema pruriginoso juntamente com febre; conjuntivite, artralgia ou artrite deve-se suspeitar de infecção pelo vírus Zika. O diagnóstico etiológico é de grande importância epidemiológica fazendo com que a confirmação laboratorial seja de interesse. Deve-se priorizar pela escolha de métodos diretos em amostras coletadas nos primeiros cinco dias em que o paciente apresente sintomas. (BRASIL, 2019)

O tratamento é voltado para os sintomas do paciente, recomenda-se repouso, hidratação, uso de paracetamol ou dipirona para controle da febre e/ou dor, uso de anti-histamínicos para controle do prurido se presente. É importante alertar sinais de alarme para complicações e acompanhamento das gestantes com suspeita ou confirmação da doença. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; SALOMÃO, 2017)

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são outra questão importante em saúde pública devido a relação com diversas comorbidades e possíveis complicações como alguns tipos de câncer, malformações congênitas em transmissão vertical, doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica. (BRASIL, 2019; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Faz parte da prevenção primária atividades de grupo, práticas de planejamento familiar, disponibilização preservativo e também segundo o Programa Nacional de Vacinação (PNI) com as vacinas HPV, hepatite B e hepatite A. Já em relação a prevenção secundária, o rastreamento em pacientes assintomáticos faz parte da rotina da Atenção Primária em gestantes devido aos riscos da transmissão vertical e no fácil acesso para pacientes que solicitarem a investigação com teste rápido ou exames laboratoriais, sempre respeitando a abordagem centrada no paciente com respeito e confidencialidade. A colpocitologia oncótica de rotina e a realização de profilaxia pré e pós-exposição de risco quando indicados são fundamentais. (BRASIL, 2020)

As ISTs clássicas são Hepatite B, HIV, Sífilis, cancro mole, herpes, condiloma acuminado, linfogranuloma venéreo, donovanose, uretrites e corrimentos vaginais. A suspeita clínica deve surgir diante de pacientes com queixas de corrimento vaginal e/ou uretral e lesões genitais como úlceras, vesículas e/ou verrugas. O tratamento em abordagem sindrômica em posologia simples facilita a

adesão ao tratamento e assim a redução do contágio. (SALOMÃO, 2017; BRASIL, 2020)

A doença de Chagas ou Tripanossomíase americana tem grande prevalência na região do Norte de Minas Gerais, principalmente em áreas de zona rural. A doença tem importância social ao se associar as condições de habitação, e mais atualmente em relação a custos de tratamento e absenteísmo. (BRASIL, 2019; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

A doença é uma antropozoonose com ciclo de transmissão vetorial envolvendo o protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi* (agente etiológico), insetos hematófagos da subfamília Triatominae (vetores) e mamíferos e aves, entre eles o homem (hospedeiro/reservatório). Também pode ser transmitida através das vias vertical, transfusional, por transplante de órgãos, por acidentes perfurocortantes e por via oral, tendo esta última ganhado importância nos últimos anos através do consumo de alimentos contaminados como caldo de cana, sucos e açaí. O período de incubação é variável conforme a via de transmissão. (BRASIL, 2019)

A doença apresenta duas fases principais, sendo uma aguda e outra crônica. A primeira pode ser assintomática ou apresentar febre por até 03 meses, com picos febris principalmente vespertinos. Alguns sintomas da fase aguda são inespecíficos, como adinamia, inapetência, cefaleia, sintomas gastrointestinais e exantema até sintomatologia mais específica com evolução para miocardite, insuficiência cardíaca e reações em área de inoculação primária do protozoário, como o sinal de Romanã ou chagoma de inoculação. A fase crônica costuma ser a princípio assintomática (forma indeterminada) até os sintomas do acometimento de determinados órgãos ou sistemas sejam perceptíveis (forma cardíaca, digestiva ou mista). (BRASIL, 2019; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; SALOMÃO, 2017)

O diagnóstico na fase aguda deve ser feito inicialmente com exames parasitológicos diretos e se negativos e a suspeita clínica permanecer por método sorológico, este último também utilizado para confirmação diagnóstica durante a fase crônica. O tratamento também varia conforme a fase da doença, se em fase aguda ou crônica, mas em forma indeterminada, o tratamento específico com benznidazol é interessante, podendo ser feito na Atenção Primária. Durante a fase crônica o tratamento tem objetivo de interromper ou retardar a evolução da doença e suas

complicações. O paciente deve ser acompanhado durante toda a vida, já que não há critério de cura definido. (BRASIL, 2019; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019; SALOMÃO, 2017)

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alta prevalência de doenças infecciosas e parasitárias”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018; CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Em reunião com membros da equipe de Saúde da Família Vila Calumbi, Colonização III o problema alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias foi escolhido como prioridade 1. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018)

O Brasil tem apresentado melhora expressiva nos índices de morbidade e mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias nos últimos anos. Existem diversos fatores que tem contribuído para estes índices positivos, como a acessibilidade cada vez maior do programa de vacinação, maior assistência médica com mais acesso a tratamentos e cuidados de saúde, a melhora nas condições sanitárias e de habitação, êxodo rural, maior acesso a informações sobre saúde, entre outros. (BARRETO, 2009)

Entretanto, sabemos que este processo de melhorias não tem sido homogêneo no território nacional, principalmente devido às diversidades socioculturais e econômicas existentes em sua extensa área geográfica. (BARRETO, 2009)

A alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias tem destaque especial na zona rural, onde as condições sanitárias, de higiene e de moradia apresentam maior fragilidade. (BARRETO, 2011).

A população da Vila Calumbi apresenta taxa considerável de dependentes químicos, idosos em situação de abandono familiar e população em situação de pobreza extrema tornando a comunidade ambiente propício para o desenvolvimento de condições infecciosas e parasitárias. (BRITO, 2014)

Há que se destacar a alta prevalência de oxiuríase, ascaridíase, escabiose, molusco contagioso, dengue, infecções de vias aéreas superiores, tuberculose, conjuntivite, piodermites, complicações frequentes em pé diabético, micoses superficiais, infecções sexualmente transmissíveis entre outras que ocupam mais da

metade da agenda de atendimentos médicos da UBS segundo registros em agenda da médica e da enfermeira.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

No que se refere a Equipe Vila Calumbi, a alta prevalência das condições infecciosas e parasitárias encontra-se relacionada a baixa condição de renda da população e a falta de conhecimento de métodos de prevenção e cuidado com infecções. Um exemplo comum são moradias em que família inteiras compartilham um mesmo cômodo, outro exemplo frequente é a desnutrição encontrada em pacientes idosos em situação de abandono ou de pacientes dependentes químicos (BRITO, 2014).

A questão cultural tem contribuído também para a evolução negativa destas morbidades, na comunidade há o costume de se utilizar ervas para preparações tópicas em feridas o que contribui para o estabelecimento de infecções secundárias.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os principais pontos a serem modificados em busca de um impacto positivo no problema descrito, os chamados “nós críticos”, são os hábitos de higiene inadequados, a falta de conhecimento de como as principais doenças infecciosas e parasitárias são transmitidas com intuito de evitar o contágio dessas doenças, a estrutura do serviço de saúde em ser capaz de tratar o mais rápido possível estes casos bem como orientar os principais cuidados aos pacientes.

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)

Quadro 2 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta Prevalência de Casos de Doenças Infecciosas e Parasitárias”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Colonização III, do município Nova Porteirinha, estado de Minas Gerais.

Nó Crítico 1	Hábitos de higiene inadequados
6º passo: operação (operações)	Propor ações que permitam mudanças nos hábitos e estilos de vida através de uma estratégia de informação organizada pela equipe de saúde da família referentes a prevenção de doenças infecciosas e parasitárias
6º passo: Projeto	Desenvolvendo bons hábitos
6º passo: Resultados esperados	Diminuir o número de quadros infecciosos e parasitários.
6º passo: Produtos esperados	-Melhoria nas condições de higiene (pessoal, no domicílio, e sanitária) -Maior cuidado no preparo de alimentos
6º passo: Recursos necessários	-Organizacional: para organizar as atividades educativas; -Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; -Político: conseguir espaço na associação de trabalhadores rurais, bem como apoio de lideranças locais. -Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, etc.
7º passo: viabilidade do plano: Recursos críticos	-Político: conseguir espaço na associação de trabalhadores rurais, bem como apoio de lideranças locais. -Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, etc.
8º passo: Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Político: Lideranças locais. (Motivação: Favorável) Financeiro: Secretaria de Saúde. (Motivação: Favorável) Campanha educativa em centro comunitário

9º passo: acompanhamento do plano - Prazo e responsáveis	Três meses para início das atividades Profissionais de saúde da ESF
10º passo: gestão do plano - monitoramento e avaliação das ações	Avaliação após 06 meses do início do projeto

Fonte: elaborado pela autora (2020)

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico 2: “a falta de conhecimento sobre as doenças infecciosas e parasitárias” relacionado ao problema “alta prevalência de doenças infecciosas e parasitárias”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Colonização III, do município Nova Porteirinha, estado de Minas Gerais

Nó Crítico 2	Falta de conhecimento sobre as doenças infecciosas e parasitárias
6º passo: operação (operações)	Fornecer informações a população sobre as doenças infecciosas e parasitárias quanto prevenção, transmissão e tratamento
6º passo: Projeto	Mais saber
6º passo: Resultados esperados	População mais informada
6º passo: Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o conhecimento sobre as formas de prevenção, transmissão e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias - Melhoria dos hábitos de higiene - Reduzir complicações e contágio das doenças citadas - Maior adesão às atividades de puericultura - Aumento nas taxas de vacinação - Melhoria do conhecimento e do uso de práticas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis - Tratamento adequado de doenças infecciosas e parasitárias
6º passo: Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> - Organizacional: para organizar as atividades educativas; - Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; preparação da equipe de saúde na instrução - Político: conseguir espaço na associação de trabalhadores rurais, bem como apoio de lideranças locais. - Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, etc.
7º passo: viabilidade do plano: Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> - Organizacional: para organizar as atividades educativas; - Cognitivo: preparação da equipe de saúde na instrução - Político: conseguir espaço na associação de trabalhadores rurais, bem como apoio de lideranças locais. - Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, etc.

8º passo: Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	-Organizacional e cognitivo: Equipe de Saúde da Família e Secretaria de Educação. (Motivação favorável) - Político: Lideranças locais (Motivação favorável) - Financeiro: Secretaria de Saúde (Motivação favorável) Apresentar projeto em reuniões
9º passo: acompanhamento do plano – Prazo e responsáveis	Apresentar o projeto em dois meses. Início das atividades em até quatro meses Profissionais de saúde da ESF – médicos e enfermeiros
10º passo: gestão do plano - monitoramento e avaliação das ações	Avaliação das ações após 06 meses do início das atividades

Fonte: elaborado pela autora (2020)

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico 3: “estrutura do serviço de saúde” relacionado ao problema “Alta Prevalência de Doenças Infecciosas e Parasitárias”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Colonização III, do município Nova Porteirinha, estado de Minas Gerais

Nó Crítico 3	Estrutura do serviço de saúde
6º passo: operação (operações)	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de pacientes com condições infecciosas e parasitárias
6º passo: Projeto	Cuidar melhor
6º passo: Resultados esperados	Assegurar a garantia de medicamentos e exames previstos
6º passo: Produtos esperados	-Capacitação de pessoal -Contratação e compra de exames e consultas especializadas se necessário -Compra de medicamentos
6º passo: Recursos necessários	-Organizacional: para organizar as atividades na agenda da equipe; -Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; -Político: organização de recursos para estruturar o serviço -Financeiro: para aquisição de medicamentos, exames e consultas especializadas
7º passo: viabilidade do plano: Recursos críticos	-Político: organização de recursos para estruturar o serviço -Financeiro: para aquisição de medicamentos, exames e consultas especializadas
8º passo: Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Político: Prefeitura Municipal. (Motivação: favorável) Financeiro: Secretária de Saúde. (Motivação: favorável) Financeiro: Fundo Nacional de Saúde. (Motivação: indiferente) Apresentar projeto de estruturação da rede
9º passo: acompanhamento do plano – Prazo e responsáveis	Apresentação do projeto em três meses Início das atividades em nove meses Profissionais de Saúde da ESF e Secretaria municipal de saúde
10º passo: gestão do plano - monitoramento e avaliação das ações	Avaliação das ações após 06 meses do início das atividades

Fonte: elaborado pela autora (2020)

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico 4: “processo de trabalho da equipe de saúde” relacionado ao problema “Alta Prevalência de Doenças Infecciosas e Parasitárias”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Colonização III, do município Nova Porteirinha, estado de Minas Gerais

Nó Crítico 4	Processo de trabalho da equipe de saúde
6º passo: operação (operações)	Organizar o atendimento criando uma linha de cuidado das condições infecciosas e parasitárias
6º passo: Projeto	Linha de cuidado
6º passo: Resultados esperados	Aumentar a cobertura de atendimento das demandas de doenças infecciosas e parasitárias, bem como busca ativa de populações de risco.
6º passo: Produtos esperados	-Linha de cuidado para doenças infecciosas e parasitárias estabelecida -Protocolos implantados -Recursos humanos capacitados
6º passo: Recursos necessários	-Organizacional: adequação da agenda, organização de fluxos de referência e contra referência -Cognitivo: composição da linha de cuidados e criação de protocolos -Político: mobilização social e intersetorial com a rede; adesão dos profissionais -Financeiro: transporte para visitas domiciliares
7º passo: viabilidade do plano: Recursos críticos	-Organizacional: organização de fluxos de referência e contra referência -Cognitivo: composição da linha de cuidados e criação de protocolos -Político: mobilização social e intersetorial com a rede; adesão dos profissionais -Financeiro: transporte para visitas domiciliares
8º passo: Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	-Linha de cuidado para condições infecciosas e parasitárias implantada -Protocolos implantados -Recursos humanos capacitados -Regulação implantada -Gestão da linha de cuidado implantada.

9º passo: acompanhamento do plano – Prazo e responsáveis	-Início em três meses e finalização em 12 meses. -Profissionais da ESF, Coordenação da Atenção Básica à Saúde, Secretaria municipal de saúde
10º passo: gestão do plano - monitoramento e avaliação das ações	Avaliação das ações após 06 meses do início das atividades

Fonte: elaborado pela autora (2020)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oportunidade da realização do Diagnóstico Situacional em Saúde e da pesquisa bibliográfica ratificaram a importância da criação de Projeto de Intervenção centrado nas Doenças Infecciosas e Parasitárias na comunidade assistida pela Unidade Básica de Saúde Colonização III.

Espera-se o desenvolvimento de ações de educação em saúde com o intuito de uma efetiva mudança de hábitos e costumes, maior adesão aos cuidados preventivos e de tratamento na criação de uma linha de cuidado para as doenças infecciosas e parasitárias. Além da conscientização dos Profissionais de Saúde na realização da Notificação de Agravos, busca ativa de casos na comunidade bem como de pacientes em situação de risco em ambiente de aprendizado para alcançar um cuidado a saúde acessível e integral.

8 REFERÊNCIAS

BARRETO, *et al.* Sucessos e fracassos no controle das doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **The Lancet** 2011; 47-60p.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 20 set 1990; Seção 1:018055.

BRASIL. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM648.htm>. Acesso em: 05 jan 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. - 9 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde, **Rev. Saúde Pública**, v. 44, 2010. 200-202p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, DF, 2020b. 248p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica** – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 68 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pnab_modulo1_integracao_atencao.pdf> Acesso em 10 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. 740 p. : il. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf> Acesso em 02 de fev. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. de Vigilância em Saúde. Vigilância Epidemiológica do Sarampo no Brasil, 2019. Bol Epidemiol [Internet]. 2019 set [data da citação]; v. 50, n 24, 2019b. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-sarampo-24-final.pdf>> Acesso em 03 de jan 2020.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde (org.). **Boletim Epidemiológico Doença pelo Coronavírus. 2019:** Atualização das Definições de Casos. 2020a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/04/2020-03-02-Boletim-Epidemiol--gico-04-corrigido.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2020.

BRITO. S. M. S. *et al.* **Plano municipal de saúde:** Nova Porteirinha, MG. Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>>. Acesso em: 20 maio. 2020. 98p.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L.. Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>). Acesso em: 14 jun 2019.

DATASUS. Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10. 2018. Disponível em <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/cid10/>> Acesso em 04 de jan. 2020

FOCACCIA, R; VERONESI, R. **Tratado de Infectologia.** 5º ed. São Paulo. Atheneu. 2015.

Furtado, J. P. et al. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 7 [Acessado 23 janeiro 2020], e00087917. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00087917>>. Epub 23 Jul 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087917>.

GUSSO, G; LOPES, J. M. C; DIAS, L. C.(org.). **Tratado de medicina de família e comunidade:** Princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 2388 p. v. 2. ISBN ISBN 978-85-8271-536-9.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009.** Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/nova-porteirinha/panorama> >. Acesso em: 14 jun 2019.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAS GERAIS. Portal Saúde MG: <<http://www.saude.mg.gov.br/consorcios>>. Acesso em: 01 jun 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Portal da Vigilância e Proteção à Saúde.** Disponível em: <<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/sala-de-situacao-municipal/>>. Acesso em: 01 jun 2019

MUNOZ, S. S.; FERNANDES, A. P. M. As doenças infecciosas e parasitárias e seus condicionantes socioambientais. In: CASARO, B. B. (Coord.). **Licenciatura em Ciências (USP/Unifesp).** São Paulo. Atena. 2013.1-16p.

NOVA PORTEIRINHA. Site Prefeitura Municipal de Nova **Porteirinha:** <<https://www.novaporteirinha.mg.gov.br/index.php/a-cidade>>. Acesso em: 01 jun 2019.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 12 nov. 2004.

SALGADO, Y. C. de S. **Patologia:** doenças parasitárias. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019.

SALOMÃO, R. INFECTOLOGIA: BASES CLÍNICAS E TRATAMENTO. 1. ed. RIO DE JANEIRO: Guanabara Koogan, 2017. 1963 p. v. ÚNICO. ISBN: 978-85-277-3261-1.

SEGURADO, A. C.; CASSENOTE, A. J.; LUNA, Expedito de Albuquerque. Saúde nas metrópoles - Doenças infecciosas. **Estud. av.** v. 30, n. 86, 29-49p. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100003>.

WALDMAN, E. A; SATO, A. P. S. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, 60-67, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100137&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Mar. 2020. Epub Dec 22, 2016. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050000232>.