

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família

José Carlos Domingues Júnior

A HIGIENE COMO DETERMINANTE DE SAÚDE PÚBLICA

Pólo de Governador Valadares / Minas Gerais
2020

José Carlos Domingues Júnior

A HIGIENE COMO DETERMINANTE DE SAÚDE PÚBLICA

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 Dra. Kátia Ferreira
Costa Campos

Coorientadora: Vanessa Lara de Araújo

Pólo de Governador Valadares / Minas Gerais

2020



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

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos vinte e quatro 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 do aluno **JOSÉ CARLOS DOMINGUES JÚNIOR** intitulado “ A HIGIENE COMO DETERMINANTE DE SAÚDE PÚBLICA ”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Profa. Dra. Kátia Ferreira Costa Campos Profa. Dra. Vanessa Lara de Araújo O TCC foi aprovado com a nota 80.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia vinte e quatro 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, 14 de fevereiro de 2022.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 15/02/2022, às 18:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



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 **1253740** e o código CRC **34F741B3**.

Dedico este trabalho, primeiramente a Deus, soberano sobre todas as coisas; à minha família, meu porto seguro, desde sempre e para sempre; ao meu amor, por estar ao meu lado desde o início desta jornada; e aos meus amigos, fundamentais na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade da vida e pela bênção e privilégio de exercer o ofício nobre da medicina.

Aos patriarcas, vô Zé e vô Wantuil, por me olharem lá do céu. Às matriarcas, vó Neuza, pelas incessantes orações e vó Clarice pelo amor e apoio desde sempre. Ao meu pai José Carlos, incansável trabalhador, pela fibra e perseverança e por sempre se esforçar para que eu achasse o caminho que percorro hoje. À minha mãe Dil, mulher mais forte que conheço, pelo esforço, pela educação e por todo amor que me dedica diariamente. À minha irmã Natália, dona do maior coração do mundo, pelo carinho e apoio de sempre, não me deixando esquecer que família é nosso bem maior. À minha irmã caçula Ana Maria, por mostrar que, mesmo sem transparecer, podemos amar sem limites e superar momentos difíceis com bravura. À minha sobrinha e afilhada Maria Clara, luz em minha vida, por me fazer sorrir mesmo nos momentos mais difíceis e por me fazer sentir o amor mais puro. Aos meus tios Wendel e Ju, por serem responsáveis, em grande parte, da fundação do homem que sou hoje. Aos meus tios Zé e Sandra, pelo carinho e apoio, mesmo muito distantes. Ao meu tio Marcos. Aos meus primos Vini e Mari, sempre muito carinhosos e presentes em momentos inesquecíveis. Ao meu primo Bruno, meu afilhado, por ensinar que podemos amar muito além do que achamos sermos capazes.

Ao amor da minha vida, meu noivo, Júlio César, por me apoiar sempre, por me incentivar a todo momento e por me mostrar que sou capaz de ir muito além. A você, não só agradeço, como convido a partilhar, comigo, minha vida, minhas alegrias, minhas conquistas e minha felicidade.

Aos meus amigos, minha segunda família, essenciais e fundamentais para que eu mantivesse minha sanidade mental nos momentos difíceis. Obrigado pelo apoio e incentivo de sempre.

Aos pacientes, pelos ensinamentos diários e pela confiança em colocarem suas vidas sob meus cuidados.

À UFMG, minha eterna casa. Ao Nescon - UFMG, bem como aos tutores e colaboradores, pela importante pós-graduação. À minha orientadora Kátia, pela paciência e pelos ensinamentos, nessa breve, mas importante jornada.

“A única parte útil da medicina é a higiene; e esta, mais do que uma ciência, é virtude” (Jean-Jacques Rousseau).

RESUMO

Este trabalho tem como temática a higiene como fator determinante de saúde, sendo um importante marcador de desigualdade social.

O objetivo geral do presente trabalho foi elaborar um plano de intervenção que evidencie a importância da higiene para uma vida saudável, bem como demonstre a necessidade de ações que conscientizem a população sobre a essencialidade da higiene e a necessidade de melhorias nas condições e na disponibilização de serviços essenciais como água potável e esgoto tratado.

Os objetivos específicos foram: identificar os principais grupos da comunidade mais vulneráveis a condições de higiene precárias; evitar doenças facilmente preveníveis, através de mudanças nos hábitos de saúde da população, principalmente os relacionados a higiene.

A metodologia utilizada foi o Planejamento Estratégico Situacional. Para realizar este planejamento, os dados foram coletados por meio da Estimativa Rápida, que realiza um diagnóstico situacional dos problemas mais frequentes, relacionados à assistência à saúde da área de abrangência, identificados através de entrevistas com os usuários desta área, com os membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) e com a gerência da Unidade de Saúde.

O plano de intervenção do presente trabalho buscou solucionar os cinco nós críticos relacionados ao problema priorizado de falta de higiene: (1) baixo nível de escolaridade da população, (2) falta de saneamento básico residencial, (3) captação inadequada de água para consumo, (4) número aumentado de doenças parasitárias intestinais e (5) depósito de lixo pela população em locais inadequados.

Como resultado, espera-se que com esse plano de intervenção haja redução nas doenças parasitárias facilmente preveníveis, melhora dos indicadores de saúde, melhora do saneamento básico municipal e conscientização da população quanto às medidas básicas de higiene, necessárias e essenciais para a manutenção da saúde.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; higiene; processo saúde-doença.

ABSTRACT

This study has as its theme hygiene as a determinant of health, being an important marker of social inequality.

The general objective was to develop an intervention plan that evidences the importance of hygiene for a healthy life, as well as to demonstrate the need for actions that make the population aware of the essentiality of hygiene and the need for improvements in conditions and availability of essential services such as drinking water and treated sewage.

The specific objectives were to identify the main community groups most vulnerable to poor hygiene conditions; avoid easily preventable diseases, through changes in the health habits of the population, especially those related to hygiene. The methodology used was the Situational Strategic Planning. To carry out this planning, data were collected through the Rapid Estimate, which performs a situational diagnosis of the most frequent problems related to health care in the coverage area, identified through interviews with users in this area, with the members of the Family Health Care and with the management of the Health Unit. The intervention plan of the present work aimed to solve the five critical nodes related to the priority problem of poor hygiene: (1) low level of education of the population, (2) lack of residential basic sanitation, (3) inadequate intake of drinking water, (4) increased number of intestinal parasitic diseases and (5) garbage deposition by the population in inappropriate places.

As a result, this intervention plan is expected to reduce easily preventable parasitic diseases, improve health indicators, improve municipal basic sanitation and make the population aware of basic hygiene measures, necessary and essential for maintaining health.

Keywords: Family Health Strategy; Primary Health Care; hygiene; health-disease process.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Manoel Tomás da Fonseca, Unidade Básica de Saúde Funda, município de Peçanha, estado de Minas Gerais.	15
Quadro 2 – Operações sobre o “Baixo nível de escolaridade” relacionado ao problema (falta de) higiene, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Manoel Tomás da Fonseca, do município Peçanha, estado de Minas Gerais.	23
Quadro 3 – Operações sobre a “Falta de Saneamento Básico Residencial” relacionado ao problema (falta de) higiene, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Manoel Tomás da Fonseca, do município Peçanha, estado de Minas Gerais.	29
Quadro 4 – Operações sobre a “Captação inadequada de água para consumo” relacionado ao problema (falta de) higiene, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Manoel Tomás da Fonseca, do município Peçanha, estado de Minas Gerais.	30
Quadro 5 – Operações sobre o “Número aumentado de doenças parasitárias intestinais” relacionado ao problema (falta de) higiene, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Manoel Tomás da Fonseca, do município Peçanha, estado de Minas Gerais.	32
Quadro 6 – Operações sobre o “Depósito de lixo pela população em locais inadequados” relacionado ao problema (falta de) higiene, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Manoel Tomás da Fonseca, do município Peçanha, estado de Minas Gerais	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UBS	Unidade Básica de Saúde
PES	Plano de Estratégia Situacional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	15
1.4 A Unidade Básica de Saúde Funda	16
1.5 A ESF Manoel Tomás da Fonseca, da Unidade Básica de Saúde Funda	16
1.5 O funcionamento da ESF Manoel Tomás da Fonseca	16
1.5 O dia a dia da ESF Manoel Tomás da Fonseca	16
1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	19
1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	19
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo geral	22
4 METODOLOGIA	23
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
5.1 Atenção Primária à Saúde	24
5.2 Estratégia Saúde da Família	24
5.3 Determinantes do processo saúde-doença	25
5.4 Higiene como determinante da saúde	26
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	28
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	28
6.5 Desenho das operações (sexto passo)	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Peçanha é uma cidade com 17.545 habitantes conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2018 (IBGE, 2018). Está localizada a noroeste no Estado de Minas Gerais e distante 301 km da capital do Estado (Belo Horizonte).

O Município do distrito de São João do Suassuí foi criado pela Lei nº 2.654, de 4 de novembro de 1.880. Anos depois, fora denominado São João Evangelista. Em 1881, o município foi elevado à categoria de Cidade pela Lei provincial nº 2.766, de 13 de setembro do mesmo ano. Em 28 de setembro de 1.887, através da lei de nº 3.446 o Município passou a chamar-se Peçanha (IBGE, 2018).

A cidade vive basicamente da agricultura familiar e de subsistência, da pecuária, das plantações de eucalipto e das carvoarias. O prefeito da cidade, Eustáquio de Carvalho Braga (PSB), é médico, sendo a saúde um forte componente político na cidade. Na área de saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência, e cuidado hospitalar, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar. O município conta hoje com 05 Equipes de Saúde da Família (ESF), com cobertura de 100% da população (IBGE, 2018).

1.2 Aspectos da comunidade

O Sistema Municipal de Saúde de Peçanha é composto por quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo uma das Unidades com 2 equipes. Além disso, o município conta com o Hospital Municipal, onde são realizados exames laboratoriais, exames de imagem como radiografias, ultrassonografias e endoscopias. [Apesar de Peçanha contar com um hospital, casos que necessitem de certas especialidades e de UTI \(bem como de outras características que envolvam alta complexidade\), são encaminhados para Governador Valadares ou Belo Horizonte. Peçanha está inserida na macrorregional de saúde de Governador Valadares.](#)

A organização entre os pontos de atenção à saúde não é estabelecida adequadamente. Os pacientes ainda seguem o modelo hospitalocêntrico. As ESFs, teoricamente, deveriam ser as portas de entrada do Sistema de Saúde. Porém, em pequenas cidades, onde a saúde é fator determinante para a política (não que seja diferente no Brasil), tenta-se driblar tais convenções de forma a satisfazer o interesse popular. As UBS têm importante participação na medicina preventiva e controle de comorbidades, bem como no controle de doenças evitáveis. Porém, as demandas que poderiam ser resolvidas na Atenção Básica, acabam parando no hospital. Isso também ocorre em grandes centros, não é novidade.

Como exemplo, de como isso é ainda mais intenso em um município como Peçanha: Um paciente com uma gastroenterite, que poderia ser hidratado e observado na UBS, tem que ir ao hospital. Não há sala de observação. Não tem aonde acomodar esse paciente e, com isso, não tem medicação injetável ou quaisquer materiais/medicamentos básicos. Toda essa demanda acaba indo ao Hospital, onde também são atendidos pacientes que vão solicitar receitas para controle de suas comorbidades, exames rotineiros e até mesmo encaminhamentos.

Minha UBS é uma casa adaptada. Tem a sala do médico; a sala da enfermeira (onde também são coletados os exames preventivos); a sala de “acolhimento” (que se baseia em aferir peso, estatura e pressão arterial dos pacientes) e que também serve de sala de curativos, vacina e testes rápidos; a sala do dentista; uma minúscula sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um banheiro, uma cozinha e uma pequena sala de depósito (onde tem um tanque e onde está o compressor do dentista).

Não há acolhimento, todos os pacientes que buscam atendimento médico são atendidos. Não há triagem, não há orientação. Em Peçanha, a atenção secundária (hospital) e atenção primária (UBS) não se dialogam. Já recebi paciente na UBS que havia sido atendido no hospital (onde são feitos os exames de imagem como radiografias e ultrassonografias, bem como os eletrocardiogramas) devido a um trauma no pé e que teve que ir ao Centro de Saúde solicitar um pedido de radiografia para fazer no hospital. E esse nem é dos piores exemplos que ocorrem por aqui. Isso é consequência da falta de diálogo. Um outro exemplo dessa falta de comunicação entre hospital e UBS é um paciente que sai sem relatório de alta

após 20 dias de internação e que será acompanhado através de visitas domiciliares pela UBS. Nesse caso, a ESF precisa confiar apenas nas informações dos pacientes e familiares, carentes de ensino e que não conseguem explicar suas condições.

Eu, como médico da atenção básica sempre procuro orientar os pacientes da necessidade de respeitarem a territorialização e serem atendidos apenas em sua UBS de origem, a procurarem o hospital quando o atendimento demanda cuidados hospitalares, a terem a UBS como sua referência. Procuro enviar todos os pacientes com encaminhamentos e relatórios, expondo pontos de vista e sugerindo, sem interferir na conduta médica do colega. Não que esteja me gabando. Isso é o básico. O envio desses relatórios e encaminhamentos deveria ser habitual, pois permite um diálogo/comunicação efetivos entre o hospital e as UBS.

Enquanto a política predominar sobre os preceitos do SUS, ficará difícil de titular o modelo assistencial do município. Acredito que essa seja a maior dificuldade em definir o modelo assistencial na maioria dos municípios do Brasil.

Os principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde de Peçanha se encontram na falta de diálogo entre os diferentes polos da rede de Atenção. Além disso, as regras da Atenção Básica não são seguidas. A politização da saúde é um grande agravante, pois os pacientes de determinada área de abrangência têm a permissão de consultar-se em qualquer ponto da rede. Por exemplo, um paciente de outra área de abrangência vem à minha ESF e, mesmo que não seja um atendimento de urgência/emergência, eu devo atendê-lo. É uma recomendação do próprio município que o paciente pode se consultar aonde quiser. Isso prejudica a Atenção e instrumentos valiosíssimos, como o prontuário, fica perdido. Outro importante problema é a falta de contrarreferência. Os especialistas não costumam fazê-las e o paciente, na maioria dos casos, não conseguiu resolver sua demanda ou sequer conseguiu entender as orientações.

1.3 A Unidade Básica de Saúde Funda

A Unidade Básica de Saúde da ESF Manoel Tomás da Fonseca funciona das 7:30h as 16:30h, de segunda a sexta-feira. Está situada na rua principal do bairro, que faz a ligação com o centro da cidade. É uma casa alugada, adaptada para ser

uma Unidade de Saúde. A casa é antiga e mal conservada. Sua área pode ser considerada inadequada, considerando a demanda e a população atendida de 4341 pessoas.

Existe uma área externa não coberta (o que abrigava a garagem da casa), onde são dispostos bancos, a maioria exposta ao tempo. A recepção é pequena e cabe a mesa da recepcionista e três armários de arquivo, onde ficam os prontuários. Ali ainda são espremidas mais 4 ou 5 pessoas, que aguardam atendimento médico e ficam na fila para atendimento da recepção.

A recepção é interligada à sala da enfermeira, que contém um banheiro compartilhado com um dos consultórios médicos e uma sala de atendimento médico, pequena, com uma pequena janela, sem ventilação do ambiente (esta é a sala em que eu atendo), com uma pia de plástico adaptada, sem azulejamento da parede.

Seguindo para o interior, existe mais um consultório médico (o que compartilha o banheiro com a sala da enfermeira), onde atende um médico de apoio (20h/semanais). Este consultório fica em frente a sala da enfermagem, onde funciona uma “triagem” que não passa de aferição de dados antropométricos e sinais vitais e também onde são feitos vacinas, curativos e medicações. Os cômodos são todos pequenos e mal adaptados. Seguindo, existe o consultório odontológico, um banheiro, a sala de digitação dos ACS, uma cozinha e um pequeno depósito. A casa possui rachaduras e pontos de infiltração. Em dias de chuva formam-se verdadeiras cachoeiras entre um ambiente e outro. Não há espaço para grupos operativos, salas de medicação/observação dos pacientes.

1.4 A Equipe de Saúde da Família Manoel Tomás da Fonseca, da Unidade Básica de Saúde Funda

A ESF Manoel Tomás da Fonseca, mais conhecida como “Posto do Funda”, por localizar-se no bairro Funda, em Peçanha, tem uma área de abrangência extensa, englobando bairros da zona urbana e da zona rural. São 12 microáreas, que abrangem os bairros: Funda, Bomba, Cachoeirinha, Cachoeirinha de Baixo, Souto, Lagoa, Sobradinho, Fazendinha, Emparedado, Quartel, Sem Barra, Aldeia, Fica Quieto, Barreiro, Córrego dos Luís, Santo Antônio, São José, Jambeiro, São Geraldo, São Domingos, Córrego Souto, Córrego do Sapo, Lagoa do Melador,

Bom Jardim e Sagrada Família. São 1281 famílias (sendo 736 em zona urbana e 545 em zona rural), com um total de 4341 pessoas.

A ESF é composta de vinte e um profissionais, sendo doze ACS, uma enfermeira, uma digitadora, uma técnica de enfermagem, dois médicos, um auxiliar de serviços gerais, uma recepcionista, um auxiliar de saúde bucal e um dentista.

Os 12 (doze) ACS estão assim divididos: 06 (seis) responsáveis pela zona rural e 6 (seis) pela zona urbana.

1.5 O dia a dia da equipe Manoel Tomás da Fonseca

A ESF Manoel Tomás da Fonseca tem uma forma de trabalhar diferente de todas as equipes de saúde da família que trabalhei. Os atendimentos são compartimentados em: recepção do usuário; pré-atendimento médico; atendimento médico; atendimento de enfermagem.

O primeiro contato da população é geralmente realizado pela recepção, que coloca diretamente os usuários na fila de atendimento.

Não há acolhimento. Não há estratificação de risco. Isso, a despeito de muitas solicitações para que o processo de mudança fosse feito, contrariando a opinião médica, em detrimento dos benefícios já conhecidos do acolhimento e da estratificação de risco.

Os usuários passavam, então, por uma pré-consulta, com aferição de dados vitais e dados antropométricos. Essa pré-consulta só era realizada para o atendimento médico.

O atendimento de enfermagem (pela enfermeira) era realizado por agendamento prévio, sendo 95% os procedimentos de coleta de exame preventivo do câncer de colo do útero. A enfermagem não fazia atendimentos como de puericultura e pré-natal. Sabe-se que a enfermagem é sobrecarregada com o gerenciamento das unidades da Atenção Básica, com processos burocráticos dispendiosos, colocando o atendimento de enfermagem em segundo plano.

O atendimento médico se baseia em duas demandas: crônicas ou agudas, sendo a grande maioria dos atendimentos, cerca de 90%, é em demanda espontânea.

A maioria da população atendida em minha ESF vem da zona rural. Muitas vezes, o usuário não consegue determinar um dia para ir à UBS, porque depende de fatores climáticos como a chuva. As estradas de terra dificultam o acesso e isso

acaba levando o usuário a deixar o cuidado com a saúde quando vem ao centro da cidade para resolver outras atividades e quando o tempo/trajeto é favorável. Sendo assim, o usuário geralmente é atendido em demanda espontânea.

O atendimento, no entanto, não é prejudicado. O usuário sai da UBS com sua demanda resolvida. Muitas vezes, esse tipo de atendimento pode gerar um número elevado de consultas por período. Porém, a adaptação do processo de trabalho é necessária para que não haja prejuízo à assistência. Sendo assim, dentro do possível, o usuário que mora na zona rural tem certa prioridade de ser atendido no período em que procura a UBS. Já o morador do entorno da UBS, este é orientado a agendar seu atendimento para o período seguinte (à tarde) ou para o próximo dia, caso não seja uma demanda aguda de saúde. Lembrando que todos os usuários com casos agudos ou de urgência/emergência são atendidos.

Os atendimentos da ESF Manoel Tomás da Fonseca se dividem em três: atendimento in loco, atendimento domiciliar e atendimento na zona rural. São 15 atendimentos pela manhã (maior parte em demanda espontânea) e 10 atendimentos à tarde (parte agendado, parte em demanda espontânea e parte da demanda represada do período da manhã – principalmente pacientes moradores do entorno da UBS).

Às segundas, quartas e quintas os atendimentos são realizados os atendimento in loco. Às terças, pela manhã, de 15/15 dias, são realizados os atendimentos in loco e, de 15/15 dias, atendimento na zona rural. Às terças, durante a tarde, são realizadas visitas domiciliares. As atividades das equipes devem ir ao encontro de se tornar um processo permanente de planejamento e avaliação, com base em informações sobre o território, em indicadores de saúde locais, em protocolos e na própria dinâmica interna de trabalho. As atribuições das equipes acabam por enovelar todas as outras atribuições da ESF. Conhecer o território, a população nele adscrita, suas dificuldades e necessidades são fundamentais para o sucesso das ações desenvolvidas. A partir disso, é necessário desenvolver políticas que permitam a implantação da medicina preventiva e do autocuidado para o enfrentamento dos problemas identificados. Nesse contexto que nós, da ESF Manoel Tomás da Fonseca, ainda cambaleamos, pois está presente a falta diálogo, falta planejamento, dentre outros.

O Planejamento e avaliação das ações são realizados informalmente, muitas vezes em corredores, por conversas em aplicativos como o Whatsapp. Esse é um ponto que tem mudado após solicitação médica de reuniões regulares com toda a equipe, mas é um projeto que ainda engatinha. As reuniões são ponto fraco do nosso trabalho, mas que vem crescendo dia-a-dia, com muito esforço. Os principais problemas relacionados à organização do trabalho da ESF Manoel Tomás da Fonseca estão ligados à falta de reuniões e falta de diálogo entre a equipe. Existem alguns pontos delicados como o despreparo de alguns membros da equipe, mas que serão melhor contornados após a realização de capacitações que temos programado com toda equipe. Um exemplo da falta de planejamento é o fato de que não havia puericultura na minha ESF. Elas eram todas polarizadas na UBS do centro da cidade e eram realizadas em crianças até um ano. Semana passada iniciei atendimentos de puericultura em crianças de 1 a 5 anos, com possibilidade de estender a idade.

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

Os problemas enfrentados pela população da área de abrangência da ESF Manoel Tomás da Fonseca são os mais diversos possíveis, sendo que a maior parte está ligada a fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais. Tais fatores têm contribuído negativamente para que os pacientes tenham comprometimento de sua saúde.

Fazem parte dos problemas cotidianos da população: baixo grau de instrução/escolaridade, baixa renda familiar, falta de saneamento básico, coleta de lixo e resíduos inadequada, captação inadequada de água para consumo e falta de higiene.

A falta de diálogo, falta de reuniões e falta de planejamento são dois grandes problemas relacionados à atuação da equipe.

1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Para selecionar o problema prioritário, classificou-se os problemas de acordo com sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento pelo equipe, conforme mostrado no Quadro 1. Para o presente plano de intervenção, optou-se por trabalhar com a comunidade os aspectos relacionados à higiene pessoal como determinante de saúde, pois a mesma é precária entre a população da área adscrita.

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Manoel Tomás da Fonseca, Unidade Básica de Saúde Funda, município de Peçanha, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Falta de higiene	Alta	6	Parcial	1
Captação inadequada de água para consumo	Alta	6	Parcial	2
Coleta de lixo e resíduos ineficiente	Alta	6	Fora	3
Baixo grau de instrução e escolaridade	Alta	6	Fora	4
Falta de saneamento básico	Alta	6	Fora	5

Fonte: elaborado pelo autor, com dados de atendimento referente a Maio/2019.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Sabe-se que o desenvolvimento de políticas públicas de saneamento e a educação da população com noções de higiene são importantes fatores determinantes na saúde dos povos. Peçanha é uma cidade do interior de Minas Gerais, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,627, o que coloca o município na 669ª posição dos 853 de Minas Gerais, estando abaixo do IDH médio nacional de 0,699 (PNUD, 2010).

Os valores são para exemplificar que se trata de uma população que ainda carece com problemas socioeconômicos e de saúde. Ao se conhecer a população, é possível identificar problemas-chaves de doenças. Um grande problema identificado na área da ESF Manoel Tomás da Fonseca é a questão da higiene. Percebe-se que faltam cuidados dos pacientes com relação às vestimentas, com relação à limpeza do corpo, com relação à higiene bucal, com relação à manipulação de alimentos e à captação de água para consumo.

Sabe-se que a falta de higiene gera doenças importantes como as infecto-parasitárias. É possível observar que a maioria dos pacientes submetidos à coleta de Exame Parasitológico de Fezes (EPF) têm algum tipo de infecção parasitária intestinal.

1 JUSTIFICATIVA

A higiene é primordial para a manutenção da saúde. Por isso, a população deve ser orientada sobre a importância de manter a higiene e adotá-la como parte integrante da vida. A escolha desse problema está relacionada ao fato de que noções simples de higiene podem mudar a vida das pessoas, prevenindo doenças facilmente preveníveis, como parasitoses intestinais, diarreias infecciosas, infecções respiratórias como as disseminadas pelo vírus Influenza e, recentemente, pelo Covid-19. Às vezes, por estarmos em uma posição sócio-econômica-cultural diferente da população em geral, banalizamos fatores que soam básicos e que nem deveriam estar em discussão. Muitos cresceram com a ideia de que higiene previne doenças e de que é um importante fator para a vida em sociedade.

Muitos, no entanto, não cresceram e não formaram a ideia de que manter a higiene é primordial para a manutenção de uma vida saudável. Por conta dessa banalização é que, ainda hoje, morrem pessoas por desidratação devido diarreia infecciosa (claro que se aplicam aqui fatores como o baixo grau de instrução, difícil acesso a saneamento básico e serviços de saúde, dentre outros). Este é o momento para resgatar temas como a higiene, levando conscientização à população e prevenindo doenças.

1 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para conscientizar a população de que a higiene é um importante mantenedor das boas condições de saúde e um fator fundamental da saúde preventiva.

3.2 Objetivos específicos

Identificar os principais grupos da comunidade mais vulneráveis a condições de higiene precária. Além disso, evitar doenças facilmente preveníveis, através de mudanças nos hábitos de saúde da população, principalmente os relacionados a higiene.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que é “um instrumento teórico com metodologia prática, que busca tratar dos problemas de transformação social e deve ser aplicada de forma sistemática e com rigor no acompanhamento das ações pré-definidas, além de considerar os agentes que atuam por vezes em cooperação ou em conflito” (MATUS, 1996, p. 22).

Com base na metodologia do PES, foi desenvolvido o PES simplificado, de acordo com Faria, Campos, Santos (2018), os quais orientam a elaboração do plano de intervenção é apresentado em 10 passos: definição dos problemas; priorização dos problemas; descrição do problema selecionado; explicação do problema; seleção dos “nós críticos”; desenho das operações; identificação dos recursos críticos; análise de viabilidade do plano; elaboração do plano operativo; gestão do plano. Para realizar este planejamento, os dados foram coletados por meio da Estimativa Rápida, que realiza um diagnóstico situacional dos problemas mais frequentes, relacionados à assistência à saúde da área de abrangência, identificados através de entrevistas com os usuários desta área, com os membros da ESF e com a gerência da Unidade de Saúde.

No primeiro passo, foi realizado um levantamento de dados para identificar a presença ou não de saneamento básico, coleta de lixo e captação de água para consumo humano. Foram levantados os nós críticos relacionados ao problema relacionado a falta de higiene entre a população.

Simultaneamente, foi realizada uma busca bibliográfica referente aos determinantes do processo saúde-doença e da higiene como um dos principais. Para tanto, foram utilizados os seguintes descritores para a busca nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Estratégia de Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Higiene. Processo saúde-doença. Em seguida, a seleção das publicações que abordavam o tema e a escrita do texto no capítulo “Revisão Bibliográfica”.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à Saúde

A Declaração de Alma-Ata (1978) define como atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) a atenção essencial à saúde fundamentada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam assimilar, em todas etapas do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS, 1978).

A APS opera sob os princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Sendo assim, a APS atua como um filtro, organizando o fluxo dos serviços nas redes de saúde, desde os mais simples aos mais complexos. A Atenção Primária do Brasil é desenvolvida baseada na descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo de onde as pessoas vivem. Dentre as diversas estratégias nacionais, está a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo. Serviços como consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos de baixa complexidade são disponibilizados aos usuários nas USF (STARFIELD, 2002).

5.2 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Quando se fala em Saúde da Família, entende-se que há uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseado na implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 1997).

A ESF é uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III)

auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgia-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

5.3 Determinantes do processo saúde-doença

A doença não pode ser reduzida às questões de origem fisiopatológica, pois a complexidade de cada indivíduo evidencia que o estado da doença pode se manifestar através do sofrimento, da dor, do prazer e de valores subjetivos de cada pessoa (CANGUILHEM, 2002).

Evans e Stoddart evidenciam que, apesar de a doença ser considerada como um elemento que tem relação com o sofrimento e com o mal, tais características não lhe definem integralmente.

Quadros clínicos semelhantes, ou seja, de diferentes indivíduos, mas com as mesmas referências biológicas, mesmo prognóstico e mesmas implicações para o tratamento, podem afetar pessoas diferentes de forma distinta, resultando em distintas manifestações de sinais/sintomas e desconforto, afetando de forma dissemelhante suas habilidades em exercer seu papel social.

No entanto, visando o bem-estar individual e do desempenho social, o conceito individual sobre a saúde é o que importa (EVANS; STODDART, 2003).

Desta maneira, o Processo Saúde Doença, está diretamente atrelado à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades.

Dessa forma, tal processo é o conjunto de relações e variáveis em que resulta, condicionando o estado de saúde e doença de uma população, que se transforma nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade. Portanto, não se trata de um conceito subjetivo. É definida no contexto histórico de determinada sociedade e em uma etapa do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (GUALDA e BERGAMASCO, 2004).

O juízo do que representa a saúde varia com a época em que se vive, bem como com os interesses das diversas esferas sociais. Sendo assim, o processo saúde-doença tem estreita relação com os fatores que determinam variações nas

condições de saúde de uma população – como a higiene -, que tem seu conceito e sua aplicação variáveis com o desenvolvimento das sociedades e suas evoluções técnico-científicas (FONSECA, 2007).

5.4 Higiene como determinante de saúde

Quando pensamos na palavra higiene, a primeira imagem que remete ao termo é a lavagem das mãos. Isso porque as mãos são importantes meios de propagação de micro-organismos, como vírus e bactérias. Isso é ainda mais evidente em países de cultura como a brasileira, em que demonstramos afeto e respeito com o toque, como o aperto de mãos e o abraço. Lavar as mãos é um procedimento extremamente simples, mas nem sempre disponível a todos.

Para uma higiene adequada das mãos, é preciso local adequado e oferta de água limpa e tratada. Segundo a OMS, enfermidades como a diarreia poderiam ser reduzidas em até 40% se a população tivesse acesso e realizasse a higiene correta das mãos (OMS, 2011). Outra importante parte do corpo carreadora de micro-organismos é a boca.

Por isso, deve-se lembrar da importância que a Saúde Bucal exerce na manutenção de uma vida saudável, com a escovação diária dos dentes e o acompanhamento com um profissional da odontologia.

O acesso à água, saneamento e higiene é deficiente a bilhões de pessoas em todo o mundo. De acordo com um levantamento recente do UNICEF e da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 2,2 bilhões de pessoas não possuem acesso a serviços de água potável seguros. O relatório aponta, ainda, que 4,2 bilhões não têm esgoto adequado, sendo que 3 bilhões de pessoas em todo o mundo não possuem instalações adequadas para a higienização das mãos. O levantamento indica que 1,8 bilhão de pessoas adquiriram acesso a serviços básicos de água potável desde 2000, mas que as desigualdades na acessibilidade, disponibilidade e qualidade desses serviços é muito grande.

A Organização Mundial de Saúde estima que 10% da população, no mundo, ainda não têm serviços básicos, incluindo as 144 milhões de pessoas que consomem água não potável. Além disso, 80% dos que vivem em áreas rurais carecem desses serviços; estima-se, também, que um a cada quatro países – onde existem

estimativas para diferentes grupos de renda -, o acesso a serviços básicos entre os mais ricos era pelo menos duas vezes maior do que entre as pessoas mais pobres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado (falta de) higiene, 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, 2017).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O dicionário Michaelis descreve a palavra higiene como a parte da medicina que estuda os diversos meios de conservar e promover a saúde, além de ser o sistema de princípios ou regras para evitar doenças e conservar a saúde (DICIONÁRIO MICHAELIS, 2020). Sendo assim, a higiene é um fator determinante na manutenção da saúde humana.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A higiene, como já elucidado por diversas vezes, é essencial para uma vida saudável. E a falta de higiene leva a problemas de grande repercussão na saúde pública. Sendo assim, manter a higiene corporal deve ser um hábito. A escolha desse problema se mostra relevante, porque coloca o indivíduo como protagonista de ações preventivas, evitando doenças facilmente preveníveis, como parasitoses intestinais, diarreias infecciosas e as infecções respiratórias, como as disseminadas pelo vírus Influenza e pelo novo coronavírus. A banalização de temas relacionados à higiene - como lavar as mãos e tomar banho – e sobre direitos como saneamento básico e água tratada não são de interesse somente das populações mais pobres. Quando se trata de doenças transmissíveis, apesar das populações menos favorecidas sofrerem maior impacto, a saúde de todos é colocada em risco. O atual cenário, exposto pela pandemia de Covid19, mostrou a vulnerabilidade de toda a população e evidenciou a necessidade, não só de políticas públicas voltadas à acesso de água potável e tratamento de esgoto, como também de conscientização sobre os cuidados com a manutenção da higiene. O momento se mostra propício para resgatar de temas como a higiene,

conscientizando a população e evitando doenças com consequências potencialmente graves.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Pontos chaves (nós críticos), que podem ser considerados as principais causas do problema escolhido:

- baixo nível de escolaridade, havendo uma grande prevalência de pessoas com baixo nível de escolaridade, sendo muitos não-alfabetizados;
- falta de saneamento básico residencial, uma vez que ainda existem residências em Peçanha em que não há água encanada e coleta de esgoto; forma de captação de água para consumo.
- captação inadequada de água para consumo, pois observa-se que um número de pontos de coleta de água coletivos na cidade (“minas”) em que muitas pessoas manipulam, colocam garrafas, mangueiras, etc, sem controle de limpeza e higienização, onde até animais como cavalos bebem água;
- número aumentado de doenças parasitárias intestinais, sendo que a maioria da população submetida a EPF (Exame Parasitológico de Fezes) tem algum parasita intestinal patogênico;
- depósito de lixo pela população em locais inadequados, como lotes vagos e a própria rua.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Com o problema bem explicado e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Para elaboração do plano, foram escolhidos os seguintes nós críticos: Baixo nível de escolaridade; falta de saneamento básico residencial; captação inadequada de água para consumo; número aumentado de doenças parasitárias intestinais; depósito de lixo pela população em locais inadequados. Em seguida são apresentados os Quadros 2, 3, 4, 5 e 6 com os projetos para cada nó crítico priorizado.

Quadro 2 – Operações sobre o baixo nível de escolaridade relacionado ao problema (falta de) higiene, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Manoel Tomás da Fonseca, do município Peçanha, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Baixo nível de escolaridade
Operação (operações)	Incentivo à manutenção da parcela escolar na escola e incentivo de retomada dos estudos pela população que abandonou a escola
Projeto	Mais Escola
Resultados esperados	Manutenção da parcela em idade escolar na escola e adesão aos estudos da população que já saiu da escola; elaboração de palestras nas escolas e grupos operativos na UBS de incentivo aos estudos. Prefeitura: Melhoria da estrutura da UBS e apoio financeiro para confecção do material didático
Produtos esperados	Programa de Incentivo à escolarização
Recursos necessários	Estrutural: Espaço nas escolas para palestras e espaço nas UBS para grupos operativos Cognitivo: Saber a importância da escola na formação de cada indivíduo e repassar tais conceitos ao público alvo Financeiro: Material didático para distribuição Político: Articular com as escolas tempo para a realização das palestras
Recursos críticos	Político: Articular com as escolas tempo para a realização das palestras Financeiro: Material didático para distribuição
Controle dos recursos críticos	Equipe da UBS e Prefeitura Motivação: favorável
Ações estratégicas	Apresentar projeto de incentivo à escolarização, com palestras de saúde nas escolas
Prazo	3 meses
Responsável (eis) pelo	Médico, enfermeira e Prefeitura

acompanhamento das ações	
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Médico e enfermeira: acompanhar o processo de cobrança da prefeitura, com reuniões e relatórios mensais da evolução do processo e planilha de controle de palestras nas escolas

Quadro 3 – Operações sobre a “Falta de Saneamento Básico Residencial” relacionado ao problema (falta de) higiene, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Manoel Tomás da Fonseca, do município Peçanha, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Falta de Saneamento Básico Residencial
Operação (operações)	Reuniões com a prefeitura, com a demonstração de relatórios que corroborem que a ausência de saneamento básico determina maiores custos em saúde, cobrando as necessárias intervenções
Projeto	Saneamento Básico para Todos
Resultados esperados	Presença de Saneamento Básico em 100% das residências do município
Produtos esperados	Programa de Saneamento Básico Municipal contemplativo a todos os moradores
Recursos necessários	Político: Articulação intersetorial e aprovação dos projetos Financeiro: Execução dos projetos Organizacional: Mobilização da população para exigir Saneamento Básico para todos
Recursos críticos	Político: Articulação intersetorial e aprovação dos projetos Financeiro: Execução dos projetos Organizacional: Mobilização da população para exigir Saneamento Básico para todos
Controle dos recursos críticos	Prefeitura e População Motivação: Favorável

Ações estratégicas	Apresentar projeto de abrangência de Saneamento Básico à toda população
Prazo	180 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Médico e enfermeira: acompanhar o processo de cobrança da prefeitura, com reuniões e relatórios mensais da evolução do processo

Quadro 4 – Operações sobre a captação inadequada de água para consumo relacionado ao problema (falta de) higiene, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Manoel Tomás da Fonseca, do município Peçanha, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Captação inadequada de água para consumo
Operação (operações)	Conscientização da população sobre o uso correto na coleta de água; distribuição de cartazes explicativos; Cobrança da prefeitura de maior controle das “minas” distribuídas pela cidade
Projeto	Água Limpa
Resultados esperados	Distribuição de água própria para o consumo humano, com fiscalização dos pontos de distribuição e controle e análise das águas, bem como a conscientização da população sobre a importância do cuidado e higiene nesses locais.
Produtos esperados	Programa de controle das minas de água públicas
Recursos necessários	Estrutural: Saídas de água adequadas que evitem a contaminação da água captada; laboratório para avaliação da qualidade da água Financeiro: Recursos para aprovação dos projetos Político: Aprovação dos projetos

	Organizacional: Mobilização da população para manutenção da higiene das minas de água
Recursos críticos	Estrutural: Saídas de água adequadas que evitem a contaminação da água captada; laboratório para avaliação da qualidade da água Financeiro: Recursos para aprovação dos projetos Político: Aprovação dos projetos Organizacional: Mobilização da população para manutenção da higiene das minas de água
Controle dos recursos críticos	População e Prefeitura Motivação: Favorável
Ações estratégicas	Apresentar Projeto de Melhoria dos Pontos de Captação de Água
Prazo	90 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	ACS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reuniões e relatórios mensais sobre a evolução do projeto.

Quadro 5 – Operações sobre a Número aumentado de doenças parasitárias intestinais relacionado ao problema (falta de) higiene, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Manoel Tomás da Fonseca, do município Peçanha, estado de Minas Gerais

Nó crítico 4	Número aumentado de doenças parasitárias intestinais
Operação (operações)	Conscientização da população sobre a necessidade de manter a higiene e evitar doenças, através de grupos operativos e orientações nas consultas e em sala de espera, bem como em orientações em visitas domiciliares feitas pelos ACS

Projeto	Mais Higiene Mais Saúde
Resultados esperados	Melhora da Higiene da População e Redução das Doenças Parasitárias Intestinais
Produtos esperados	Programa de Incentivo a Medidas Higiênicas Conscientização da população sobre a importância da higiene; Palestras sobre doenças parasitárias intestinais e como evitá-las
Recursos necessários	Estrutural: Locais de realização de palestras educativas Cognitivo: Conhecimento sobre técnicas de higiene e forma de repassar tais conhecimentos Financeiro: Material didático Político: Aprovação dos projetos
Recursos críticos	Financeiro: Material didático Organizacional: População consciente da necessidade de mudanças
Controle dos recursos críticos	População, Equipe UBS e Prefeitura
Ações estratégicas	Palestras de incentivo à higiene
Prazo	120 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, Enfermeira e ACS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reuniões mensais com relatórios sobre público alcançado

Quadro 6 – Operações sobre a Número aumentado de doenças parasitárias intestinais relacionado ao problema (falta de) higiene, na população sob

responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Manoel Tomás da Fonseca, do município Peçanha, estado de Minas Gerais

Nó crítico 5	Depósito de lixo pela população em locais inadequados
Operação (operações)	Conscientização da população sobre a necessidade de jogar lixo em locais apropriados, onde ocorrem coleta de lixo
Projeto	Lixo no Lixo
Resultados esperados	População conscientizada da importância em depositar lixo em locais apropriados, com redução nas doenças parasitárias
Produtos esperados	Programa comunitário de coleta de lixo
Recursos necessários	Político: Aprovação de projetos Financeiro: Material para coleta do lixo Organizacional: Mobilização da população para apoiar os projetos
Recursos críticos	Político: Aprovação de projetos Financeiro: Material para coleta do lixo Organizacional: Mobilização da população para apoiar os projetos
Controle dos recursos críticos	População e Equipe UBS
Ações estratégicas	Produção de Evento/Programa comunitário a ser reproduzido de auxílio interpessoal na coleta de lixo despejado de forma inadequada
Prazo	90 dias
Acompanhamento das ações	Médico
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Relatórios mensais sobre o avanço da criação do programa

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A longevidade do homem e da mulher de hoje está estreitamente ligada com as mudanças dos hábitos e da melhora de condições de higiene. Como exemplo, nas cirurgias no século XIX, os procedimentos não eram estéreis. Os cirurgiões não utilizavam luvas nem, sequer, lavavam as mãos. Percebeu-se, então, que a higienização correta das mãos, diminuía as complicações pós cirúrgicas, como as infecções. As mudanças levaram as pessoas a cuidar melhor da higiene de seu próprio corpo. Por isso, várias doenças causadas pela falta de higiene pessoal diminuíram sensivelmente, resultando em melhora da qualidade de vida.

As condições de saneamento básico têm impacto direto sobre a saúde de uma população. Os índices de morbidade e mortalidade infantil, por exemplo, consideram essas condições e, como o acesso a saneamento básico está relacionado à renda da população, o Brasil é um vergonhoso campeão mundial de parasitoses e verminoses intestinais.

O objetivo deste trabalho foi o de melhorar a conscientização da população sobre como medidas de higiene podem impactar de forma complementar às medidas de prevenção de doenças e manutenção da saúde. Além disso, teve como objetivo secundário evidenciar ao poder público que medidas profiláticas, como saneamento básico, coleta de lixo e oferta de água potável são medidas que, no fim das contas, geram economia – uma vez que menos pessoas adoecem e, assim, menos pessoas sobrecarregam os serviços de saúde.

Com o trabalho, foi possível conscientizar a população de que medidas de higiene, como lavar as mãos e tomar banho, são essenciais para manutenção da vida e para evitar verminoses. Apesar da baixa escolaridade, a maior parte das pessoas tem aversão a vermes. Convencê-las de que hábitos de higiene ajudam a prevenir verminoses foi essencial para que resultados fossem observados. Com as palestras de incentivo a medidas de higiene, foi possível observar que, boa parte da população - que só comparecia em condições precárias de higiene na UBS – passou a frequentar os serviços de saúde após tomar banho, com as unhas curtas e limpas, com roupas lavadas. Essas pessoas passaram, ainda, a frequentar dentistas e melhorar a higiene bucal.

Outro resultado bastante expressivo foi o relacionado à dispensação correta do lixo e em locais adequados. Em algumas áreas, a população sinalizou pontos de

coleta de lixo. Nesses pontos, o lixo é coletado 3 vezes na semana (o que ocorria apenas 1 vez na semana). Além disso, os cidadãos se comprometeram a colocar o lixo somente nas datas de coleta, o que evitou que lixo fosse espalhado por animais como os cachorros, além de evitar surgimento de animais oportunistas como ratos e baratas. Nesse ponto, o acordo entre poder público e população foi essencial para que o projeto “Lixo no lixo” fosse bem-sucedido.

Com a pandemia de covid19, vieram à tona temas que não eram mais discutidos na saúde pública. A higiene não deve ser tratada como medida intrínseca do ser humano. Ela precisa ser discutida, debatida e encorajada, para que doenças facilmente preveníveis não se tornem motivo de perda de vidas humanas. O mundo todo está com o foco na higiene, seja na higiene pessoal ou na higiene comunitária. Lavar as mãos não só previne verminoses intestinais. Um ato tão simples quanto lavar as mãos pode salvar vidas. E foi preciso uma pandemia sem precedentes para evidenciar que tais banalidades – como lavar as mãos e tomar banho – são essenciais para a manutenção da vida.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2018. 77p.
- DICIONÁRIO MICHAELIS. Editora melhoramentos 2020. Disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=higiene>>. Acesso em 14 jun. 2020.
- EVANS, R.G.; STODDART G.L. **Consuming research, producing policy?** American Journal of Public Health; 93(3):371-379, 2003.
- FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 13 de Jun. de 2019.
- FARIA, H. P.et al. **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2019. 92p.
- FONSECA, A. F. (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- GUALDA, D. M. R; BERGAMASCO, R. **Enfermagem cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Índice de Desenvolvimento Humano**. PNUD 2010. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pecanha>>. Acesso em 03 jun. 2019.

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente: governantes governados**. São Paulo: Editora FUNDAP, 1996.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Alta**. Alma-Alta: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2017. Special focus on inequalities**. New York, 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1>. Acesso em 17 de julho 2020.