

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**JÚNIA FERNANDA VIEIRA FONSECA REIS**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DA  
ESQUISTOSSOMOSE**

**JABOTICATUBAS  
2014**

**JÚNIA FERNANDA VIEIRA FONSECA REIS**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DA  
ESQUISTOSSOMOSE**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação  
*Lato Sensu* em Formação Pedagógica para  
Profissionais de Saúde da Universidade Federal de  
Minas Gerais, como parte das exigências para  
obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Isabel Yovana Quispe Mendoza

JABOTICATUBAS  
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

REIS, Júnia Fernanda Vieira Fonseca

Educação em Saúde como Estratégia para o Controle da Esquistossomose [manuscrito] / Júnia Fernanda Vieira Fonseca REIS. - 2014.

36 f.

Orientadora: Izabel Yovana Quispe MENDOZA.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais da Saúde.

1.Esquistossomose. 2.Educação em Saúde. 3.Medidas de Controle. I. MENDOZA, Izabel Yovana Quispe . II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Júnia Fernanda Vieira Fonseca Reis

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O  
CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE**

Trabalho apresentado ao Curso de  
Especialização de Formação Pedagógica  
para Profissionais de Saúde da Escola de  
Enfermagem da Universidade Federal de  
Minas Gerais, como requisito parcial para  
obtenção do Certificado de Especialista

BANCA EXAMINADORA:



---

Profa. Isabel Lovanna Quispe Mendoza (Orientadora)



---

Profa. Katia Ferreira Costa Campos

Data de aprovação: 15/02/2014

*Ao meu marido Ebenezer, meus filhos Vitória , Clara e Davi - razão da minha vida –  
pelo amor, dedicação e compreensão e muito das horas.*

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS, símbolo de bondade e perfeição, que guia todos os meus passos e está presente em todas as minhas realizações. Obrigada Senhor!

A orientadora Profa Isabel, pela sua compreensão , paciência e valiosas sugestões.

As colegas da Secretaria Municipal de Saúde e amigos do coração: Elisana, João Paulo, Júlia e Luciana pela colaboração, atenção e incentivo .

Em especial à amiga Elisana pela imensa contribuição na construção deste trabalho.

Às tutoras do curso e colegas da turma pelos momentos de aprendizagem, trocas e crescimento profissional.

À Didi e Bibi, meus anjos da guarda, pelo amor , dedicação, carinho e cuidado com meus filhos.

À Letícia que sacrificou algumas noites de sexta-feira para cuidar das minhas preciosidades

A todos que, de alguma forma, contribuíram para esta construção, meus sinceros agradecimentos.

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.*

*Madre Tereza de Calcutá*

## RESUMO

A esquistossomose é uma doença parasitária típica da África, Ásia e das Américas. Em Minas Gerais é endêmica em uma área compreendida por 518 municípios com uma população, sob risco, de aproximadamente 12 milhões de habitantes. No âmbito da Saúde Pública, não é recente a consciência de que as ações de saúde necessitam ser complementadas por ações educativas que fortaleçam as intervenções sanitárias. Este estudo tem como objetivo buscar na literatura científica estudos produzidos sobre a educação em saúde como estratégia para o controle da esquistossomose. Trata-se de um estudo de revisão integrativa. Foram consultadas as bases de dados: LILACS, SCIELO e MEDLINE no período de 2002 a 2012, sendo selecionados dez estudos de acordo os critérios de inclusão estabelecidos. A análise crítica dos dados obtidos revela que no planejamento e realização de ações educativas relacionadas à esquistossomose se faz imprescindível a consideração do contexto sócio-cultural, das representações sociais acerca da doença e a adoção de práticas pedagógicas dinâmicas e participativas.

**Descritores:** Esquistossomose, Educação em Saúde, Medidas de Controle.



## **ABSTRACT**

Schistosomiasis is a parasitic disease typical of Africa, Asia and the Americas. In Minas Gerais is endemic to an area comprised by 518 municipalities with a population under risk, approximately 12 million inhabitants. In the context of public health, is not recent awareness that health actions need to be complemented by educational actions that strengthen health interventions. This study aims to collect in the scientific literature produced studies on the health education as a strategy for the control of Brazil, in the period from 2002 to 2012, studies on the health education as a strategy for the control of schistosomiasis. It involves theoretical study of an integrative review study, Integrative literature fRevisão, based on theoretical-methodology of evidence based Practice. The databases were consulted: Virtual Health Library publications, indexed in the databases LILACS, SCIELO and MEDLINE for the period 2002 to 2012, and ten were selected studies scientific productions, according to the inclusion criteria established. The critical analysis of the obtained data reveals that in the planning and implementation of educational activities related to schistosomiasis is imperative a consideration of the socio-cultural context, social representations about the disease and the adoption of dynamic and participatory pedagogical practices.

**Key words:** Schistosomiasis, health education, and control Measures.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVO .....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	17
4.1 Método.....	18
4.2 População e amostra.....	18
4.3 Variáveis do estudo .....	17
4.4 Instrumentos de Coleta .....	19
4.5 Análise dos dados.....	19
5 RESULTADOS .....	20
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	31
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	32
APÊNDICE A.....	36

## 1 INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da civilização, a espécie humana convive com a infecção pelo trematódeo *Schistosoma mansoni*, agente causal da esquistossomose. Apesar de sua atual baixa morbidade no Brasil, esta parasitose continua a constituir importante problema de saúde pública, tendo em vista seu potencial de expansão (GARGIONI et al, 2008).

A esquistossomose é uma doença parasitária típica da África, Ásia e das Américas. Chegou ao Brasil com os escravos africanos trazidos pela Colônia Portuguesa. Ovos do esquistossomo – helminto do gênero *Schistosoma* que causa essa parasitose – foram encontrados em múmias chinesas de mais de dois mil anos. No século XXI, a doença ainda é um problema grave de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 25 milhões de pessoas estejam expostas ao risco de contrair a doença e que 2,5 a 6 milhões se encontram infectadas. No Brasil, acredita-se que são cerca de seis milhões de infectados, encontrados, principalmente, nos Estados do Nordeste e em Minas Gerais (KATZ & ALMEIDA, 2003).

Em Minas Gerais a esquistossomose é endêmica em uma área compreendida por 518 municípios com uma população, sob risco, de aproximadamente 12 milhões de habitantes. Estes municípios estão distribuídos em 11 das 13 Macrorregiões de Saúde. O número de internações por esquistossomose em Minas Gerais vem decrescendo, apontando para uma redução da morbidade por formas graves da doença. (Análise de Situação - MG, 2006).

Historicamente, o controle da esquistossomose no Brasil tem sido amplamente associado a medidas quimioterápicas, seja através de tratamento dos pacientes ou pela eliminação dos caramujos hospedeiros do *Schistosoma mansoni*. Embora o saneamento e a educação em saúde sejam sempre apontados como medidas profiláticas fundamentais para o controle da doença, raramente são de fato incluídas nos programas executados.

Em relação à educação em saúde especificamente, observa-se uma grande distância entre o que é planejado e o que é de fato executado, predominando o uso de técnicas tradicionais, através de ações verticalizadas, as quais não levam em conta a participação da população envolvida. Educar com relação à esquistossomose se justifica, pois, como se tem enfatizado, esta doença não se deve apenas à permanência dos caramujos e pessoas doentes, mas está relacionada a causas sociais e ambientais como falta de saneamento básico e informação. Neste sentido, uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como, propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o

desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção do indivíduo. (SCHALL, 2004).

Assim, é preciso incentivar ações integradas nas quais a educação é fundamental. Todos os esforços dos pesquisadores, dos formadores de opinião pública e dos agentes do governo deverão ser canalizados no sentido de convencer as autoridades responsáveis da necessidade imediata do aumento de investimentos no fornecimento de água potável e sistema de esgoto, tecnicamente corretos, para as cidades e aglomerados humanos. Que associados a medidas de educação para a saúde e tratamento clínico em larga escala, poderão ser a resposta adequada para o controle da transmissão da endemia esquistossomótica, bem como de várias outras doenças relacionadas à precariedade do saneamento básico (KATZ, 2008).

Além do adoecimento, o risco de óbito por esquistossomose é uma realidade. Atualmente é considerada como grave problema de saúde pública, pois no período de 1990 a 2010 provocou um número expressivo de formas graves, com uma média de 1.567 internações e 527 óbitos. (BRASIL, 2011).

No âmbito da Saúde Pública, não é recente a consciência de que as ações de saúde necessitam ser complementadas por ações educativas que fortaleçam as intervenções sanitárias.

Dessa forma, buscar-se-à na literatura científica produzida no Brasil, no período de 1992 a 2012, estudos sobre a educação em saúde como estratégia para o controle da esquistossomose.

## **2 OBJETIVO**

Identificar as contribuições da educação em saúde no controle da esquistossomose, nos artigos científicos publicados nos últimos 20 anos.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A esquistossomose é uma doença parasitária transmissível provocada por vermes trematódeos do gênero *Schistosoma*. Atualmente existem seis espécies de *Schistosoma* (*Schistosoma mansoni*, *Schistosoma japonicum*, *Schistosoma intercalatum*, *Schistosoma mekongi* e *Schistosoma malayensis*) que podem provocar doença no homem, sendo que no continente americano existe apenas o *S. mansoni* (BRASIL, 2008).

Ainda de acordo com Brasil (2008), a esquistossomose mansônica é endêmica em vasta extensão do território brasileiro e considerada, ainda, um grave problema de saúde pública, porque acomete milhões de pessoas, provocando, anualmente um expressivo número de formas graves e óbitos. A presença do hospedeiro intermediário constitui condição necessária e indispensável para que se desenvolva o ciclo do parasita. Atualmente, existem dez espécies e uma sub-espécie do gênero *Biomphalaria* e , destas três são hospedeiras intermediárias naturais (*Biomphalaria glabrata*; *Biomphalaria tenagophila* *Biomphalaria straminea*) e duas (*Biomphalaria amazonica* e *Biomphalaria peregrina*) são hospedeiras intermediárias potenciais , uma vez que só se infectam experimentalmente.

Barbosa et al. (1996) explicam a questão da endemização da esquistossomose pela história do desenvolvimento social e econômico do Brasil-colônia. Diante da necessidade de mão-de-obra escrava, muitos escravos vindos da África foram trazidos para o Brasil juntamente com o parasito *Schistosoma mansoni* j. O modelo de exploração da força humana de trabalho, gerador de miséria e doenças, teve início nesta época e ainda se faz presente nos dias de hoje, gerando uma estrutura epidemiológica que colabora para a manutenção do panorama da esquistossomose mansônica.

Segundo Teixeira (1920), os primeiros casos de esquistossomose registrados em Minas Gerais foram observados na cidade Belo Horizonte. Naquela oportunidade foram examinadas 9.995 pessoas “de todas as idades e condições”, sendo os ovos de *S.mansoni* encontrados nas fezes de 49 pacientes (0,5%).

Os parasitas adultos vivem no interior das vênulas da parede intestinal, seus ovos são eliminados com as fezes do paciente e eclodem na água, liberando o miracídio, que nada até encontrar o molusco hospedeiro. No interior deste, cada miracídio transforma-se em esporocistos primário e secundário e depois em cercárias, que abandonam o molusco e nadam em busca de um novo hospedeiro vertebrado (DIAS et al., 1994).

A esquistossomose apresenta formas aguda ou crônica. A forma cutânea (Figura 1a) dura aproximadamente 10 dias e ocorre após a penetração das cercárias na pele humana. A

forma aguda dura de 10 a 120 dias e apresenta sintomatologia variada, mas com predominância da forma hepatoesplênica ( Figura 2 b) . A forma crônica depende dos órgãos atingidos, da carga parasitária (número de ovos) e da duração da doença. Por vezes, podem surgir formas graves, com extensa fibrose hepática, hipertensão porta, esplenomegalia e esquistossomose medular (Figura1c), podendo o indivíduo ficar paralítico. Porém, na maioria das vezes a doença é assintomática podendo o indivíduo morrer sem sequer saber que esteve infectado (DIAS, 1998).



a) Forma cutânea



b) Forma esplênica



c) Forma medular

Figura 1: Apresentação das formas clínicas da esquistossomose.

Fonte: DIAS, 1998.

O tratamento da esquistossomose é simples, devido à disponibilidade de drogas, como o oxamniquine (com taxa de cura de 69,8%) ou o praziquantel (com taxa de cura de 75,5%) de ação rápida, em dose única, administradas por via oral. Considerando o uso da oxamniquine, cada vez menor quando comparado com o do praziquantel, este último passará a ser brevemente o único utilizado. Não é conveniente que haja apenas uma droga para o tratamento de uma doença endêmica como a esquistossomose. Assim, é urgente que novos esforços sejam feitos para descobrimento de novos agentes esquistossomicidas, especialmente nos países endêmicos. (KATZ, 2008)

Segundo Katz, (1992), projetos pilotos que visavam o controle da morbidade, realizados em áreas endêmicas de vários estados brasileiros, mostraram claramente que o uso da droga permitia uma baixa rápida do número de ocorrências e da intensidade da infecção na população tratada. O mais importante, porém, é que, embora houvesse reinfecções, não havia o aparecimento de novos casos da forma hepatoesplênica.

Fatores biológicos, sociais, políticos e culturais vem contribuindo para a formação de quadros endêmicos específicos. A precariedade das condições de saneamento básico, o

comportamento populacional inadequado, as condições ambientais propícias para a doença, os movimentos migratórios das comunidades, a falta de programa de controle eficaz, os defeituosos sistemas de tratamentos dos materiais fecais (valetas, poços, canais de drenagem, riachos, bicas e outros) envolvem a perpetuação e expansão da esquistossomose no Brasil (RESENDES et al., 2005), que somente será controlada através de mudanças sociais profundas que levem a uma melhoria nas condições de vida das populações menos favorecidas (FAVRE et al., 2001).

Essa endemia está associada à pobreza e ao baixo desenvolvimento econômico, que gera a necessidade de utilização de águas naturais contaminadas para o exercício da agricultura, trabalho doméstico e/ou lazer (KATZ & PEIXOTO, 2000).

No processo saúde-doença os fatores ambientais são fundamentais para a ocorrência de diversas doenças. O conhecimento da variação da incidência das doenças concomitantemente com situações ambientais especificadas é importante para o planejamento de ações de prevenção e controle das mesmas (MEDRONHO, 1995). O desenvolvimento de estratégias integradas de informação, educação, comunicação em saúde e mobilização comunitária em torno dessas ações modificariam comportamentos e práticas, viabilizando a proteção à doença e a luta pelo direito à saúde e, não somente a participação passiva em um conjunto de ações previamente definido (SANTANA et. al 1997).

A participação popular em programas de controle pressupõe considerar o indivíduo como principal foco de atenção, levando em consideração toda a sua bagagem de (des)conhecimento sobre a doença (causa, prevenção e tratamento), seu comportamento, os modos de contato com água e os fatores sócio-econômicos, que definiam o modo de transmissão específico para cada grupo de indivíduos ( COURA-FILHO,1998) .

Em outros estudos desenvolvidos para discutir as medidas de controle adotadas para alterar a transmissão da esquistossomose, Dias et al, (1995) e Coura-Filho et al (1995) verificaram que as principais medidas adotadas em programas de controle, em geral, são a educação popular, saneamento (água potável e esgoto), o controle malacológico e tratamento. Mas estes autores colocam que tais medidas, ao serem analisadas separadamente, apresentam uma eficácia que é potencializada quando administradas com participação ativa da população nas ações de controle.

SILVA (1992) citado por SANTOS (2008), considerou o mais importante e complexo dentre todos os fatores determinantes da esquistossomose em uma dada região, o estudo sobre o padrão de contato do homem com as coleções hídricas, pois daí resultariam as indicações da



principal via de contaminação e da dinâmica de transmissão local, subsídios estes que orientariam melhor as intervenções, inclusive sobre o aspecto educacional.

A história da educação em saúde tem como característica um processo de mudanças, o qual se faz presente na própria nomenclatura desta área, denominada na segunda metade do século XIX de “educação higiênica”, haja vista a associação à revolução bacteriana, passando à “educação sanitária”, nos anos 1920, com o desenvolvimento da saúde pública, enfatizando processos de prevenção, mas ainda sustentada por uma orientação comportamentalista, finalmente na década de 1970 à “educação em saúde”, já incorporando os aspectos socioeconômico-culturais (ROSSO&COLLET, 1999). Há a necessidade lembrar que a educação e a saúde não são mais como uma educação sanitarizada, localizada no interior da saúde ou ainda educação para a saúde, como se a saúde pudesse ser um estado que se atingisse depois de educado. É fator de grande importância recuperar a dimensão da educação e da saúde-doença e estabelecer as articulações entre esses dois campos e os movimentos sociais e percebê-las como práticas sociais articuladas (MELO 1987).

É fundamental que no processo de planejamento de ações educacionais no campo da saúde, profissionais e a população reflitam sobre os problemas com o qual defrontam, desenvolvam estratégias e ações compatíveis com os valores existentes e assumam abordagens filosóficas sobre a sociedade, o homem, a saúde, a doença, que venham, de fato, contribuir para a promoção efetiva do ser humano (SCHALL & STRUCHINNER, 1995).

Paulo Freire (1974 *apud* Libâneo,1991) , afirmou que “o homem somente participará ativamente da história da sociedade, da transformação da sociedade, da transformação da realidade, se tiver condições de tomar consciência desta realidade, e mais , da sua capacidade de transformá-la”.Desse modo , a ação educativa se torna imprescindível, na medida em que medeia a aquisição do conhecimento, o desenvolvimento das capacidades intelectuais e éticas, e a formação de uma consciência crítica nos alunos e comunidade, tornando-os agentes ativos nas transformações das relações sociais, inclusive no enfrentamento do processo saúde / doença.

Assim, a educação em saúde interpreta os processos de saúde e doença a partir de vários referenciais e privilegia práticas participativas, considerando que educadores e a população têm saberes que se interagem, sendo unidos na “luta” por melhores condições de vida, superando os limites da ação sanitária para alcançar uma ação social de mudanças, comprometida com a promoção da saúde e o bem-estar geral (SCHALL, 1996).

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Método

O caminho metodológico escolhido para realização do estudo é a Revisão Integrativa, pois constitui uma abordagem onde pode ser retirado dados de diferentes modelos de pesquisa e incluir tanto literatura empírica quanto teórica (ROMAN & FRIEDLANDER, 1998).

Revisão Integrativa para Souza, Silva e Carvalho (2010) é um método que proporciona a síntese de conhecimento e incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.

Essa metodologia de estudo proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.

Neste contexto, a revisão integrativa oferece aos profissionais de diversas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam as condutas ou a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico.

A Revisão Integrativa é desenvolvida por meio de seis etapas:

1º ETAPA: elaboração da pergunta norteadora: fase mais importante da revisão, pois determina quais estudos serão incluídos e meios para identificação do problema, engloba um número infinito de variáveis, questões ou populações, que deve ser descrita com clareza de acordo com o propósito da revisão.

2º ETAPA: busca ou amostragem na literatura: está diretamente relacionada à fase anterior, exige estratégias de pesquisas bem definidas, com aspecto ampliado. A procura deve ser feita através de base dados, em bases eletrônicas ou em periódicos, incluindo todos os estudos encontrados ou selecionados de forma randomizada garantindo confiabilidade e fidedignidade dos resultados.

3º ETAPA: coleta de dados: para coleta de dados dos artigos escolhidos deve-se determinar o instrumento a ser utilizado para reunir e sintetizar informações. Para tanto é necessário a utilização de um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizando o risco de erros na transcrição e garantindo a precisão das informações (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

## 4.2 População e Amostra

A população da presente revisão foi constituída por 29 publicações científicas publicadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), indexadas na base de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Saúde (LILACS), Scientific electronic Library Online (SciELO) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), visando responder a seguinte questão: Quais as contribuições da educação em saúde no controle da esquistossomose, encontradas nos artigos científicos?

A busca foi realizada com os seguintes descritores: “esquistossomose”, “educação em saúde” e “medidas de controle”, nas bases de dados LILACS e SCIELO. Ressalta-se que a busca na base de dados Medline foi realizada inicialmente com os descritores “esquistossomose”, “educação em saúde”, sendo posteriormente filtrada através do descritor “medidas de controle”.

A amostra consta de dez publicações científicas, selecionadas de acordo com os critérios de inclusão propostos neste estudo, sendo eliminados os estudos que se repetiam nas fontes de dados. O resultado encontrado está demonstrado no quadro abaixo.

**Tabela 1** – Bases de dados e estratégias de busca dos estudos identificados na revisão integrativa, no período de 2002 a 2012.

Fonte	Estratégia de busca	População	Amostra
LILACS	“esquistossomose” and “educação em saúde” and “medidas de controle”	10	06
SCIELO	“esquistossomose” and “educação em saúde” and “medidas de controle”	05	02
MEDLINE	“esquistossomose” and “educação em saúde” Filtro: “medidas de controle”	14	02
<b>TOTAL</b>		<b>29</b>	<b>10</b>

## 4.3 Variáveis do estudo

Como critérios de inclusão para definição da amostra utilizou-se de:

- Publicações científicas referentes aos últimos vinte anos (1982 a 2012);
- Artigos disponíveis em idioma português;
- Variáveis de interesse, relacionadas ao problema de estudo: Educação em saúde; esquistossomose e medidas de controle.

Como critério de exclusão optou-se por:

Textos de dissertações e teses;

Artigos que não estiverem disponíveis no formato eletrônico texto completo;

Artigos publicados em idiomas diferentes do português.

#### **4.4 Instrumento de Coleta de Dados**

Foi construído um instrumento para facilitar o processo de coleta e interpretação dos dados que responde à questão do estudo (APÊNDICE A). Ele contém itens relacionados às variáveis: Autores, Revista, ano de publicação, objetivo, delineamento, profissão dos autores, resultados e nível de evidência.

Primeiramente toda a população de artigos encontrada na busca on-line foi cadastrada no instrumento de coleta de dados citado acima e após a leitura dos títulos dos estudos foram eliminadas as duplicidades.

Posteriormente foi realizada a leitura dos resumos e a seleção dos estudos conforme critérios de inclusão e exclusão de amostragem.

Mediante definição da amostra, foi realizada a leitura criteriosa dos artigos, analisando-os minuciosamente e sistematicamente para a tabulação e produção textual.

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados extraídos foram submetidos à análise descritiva, classificados segundo as variáveis do estudo, e expostos em quadros sinópticos, conforme pode-se verificar nos resultados que se apresentam a seguir.

## 5 RESULTADOS

A Revisão Integrativa foi baseada em dez trabalhos publicados em periódicos de saúde pública e epidemiologia, conforme apresentado no quadro 1.

**Quadro 1** - Características dos estudos dos estudos identificados na revisão integrativa, no período de 1992 a 2012.

<b>Autores/ano</b>	<b>Fonte</b>	<b>Título do periódico</b>
Santana et. al (1997)	LILACS	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical
Lima-Costa et. al (2002)	LILACS	Revista Brasileira de Epidemiologia
Gazzinelli et. al(2002)	LILACS	Caderno de Saúde Pública
Acioli e Carvalho (1998)	LILACS	Caderno de Saúde Pública
Coura- Filho (1996)	LILACS	Caderno de Saúde Pública
Schall et. al (1993)	LILACS	Revista do Instituto de Medicina Tropical
Rozemberg (1994)	SCIELO	Caderno de Saúde Pública
Barreto e Souza (1995)	SCIELO	Caderno de Saúde Pública
Ribeiro et. al.(2004)	MEDLINE	Revista de Saúde Pública
Alves et. al.(1998)	MEDLINE	Caderno de Saúde Pública

Todas as publicações (100%) utilizadas na amostragem deste estudo tratam-se de artigos científicos. Quanto à base de dados, aponta que 6 (60%) dos artigos encontram-se indexados pela LILACS e nas bases de dados SciELO e MEDLINE foram encontrados 2 (20%) artigos.

É importante ressaltar que não houve informações referente à profissão e qualificação dos autores das literaturas que fizeram parte da presente Revisão Integrativa.

No que se refere à qualificação dos autores, constatou-se que todos foram identificados a partir da instituição de pesquisa na qual estavam inseridos no momento em que se deram as publicações.

Assim, evidenciou-se que 100% dos autores podem ser qualificados como pesquisadores vinculados a alguma fundação, instituto, universidade ou centros de pesquisa.

**Quadro 2** - Delineamento e nível de evidência dos estudos identificados na revisão integrativa, no período de 1992 a 2012.

<b>Autores/ano</b>	<b>Fonte</b>	<b>Título do periódico</b>
Santana et. al (1997)	LILACS	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical
Lima-Costa et. al (2002)	LILACS	Revista Brasileira de Epidemiologia
Gazzinelli et. al (2002)	LILACS	Caderno de Saúde Pública
Acioli e Carvalho (1998)	LILACS	Caderno de Saúde Pública
Coura- Filho (1996)	LILACS	Caderno de Saúde Pública
Schall et. al (1993)	LILACS	Revista do Instituto de Medicina Tropical
Rozemberg (1994)	SCIELO	Caderno de Saúde Pública
Noronha et. al (1995)	SCIELO	Caderno de Saúde Pública
Ribeiro et. al (2004)	MEDLINE	Revista de Saúde Pública
Alves et. al (1998)	MEDLINE	Caderno de Saúde Pública

Todas as publicações (100%) utilizadas na amostragem deste estudo tratam-se de artigos científicos. Quanto à base de dados, aponta que 6 (60%) dos artigos encontram-se indexados pela LILACS e nas bases de dados SciELO e MEDLINE foram encontrados 2 (20%) artigos.

É importante ressaltar que não houve informações referente à profissão e qualificação dos autores das literaturas que fizeram parte da presente revisão integrativa.

No que se refere à qualificação dos autores, constatou-se que todos foram identificados a partir da instituição de pesquisa na qual estavam inseridos no momento em que se deram as publicações.

Assim, evidenciou-se que 100% dos autores podem ser qualificados como pesquisadores vinculados a alguma fundação, instituto, universidade ou centros de pesquisa.

**Quadro 3-** Delineamento e nível de evidência dos estudos identificados na revisão integrativa, no período de 1992 a 2012.

Amostra	Delineamento	Nível de evidência
Santana et. al (1997)	Quantitativo: Estudo quase experimental	Nível III
Lima-Costa et. al (2002)	Estudo quantitativo: transversal	Nível IV
Gazzinelli et. al (2002)	Estudo qualitativo	Nível IV
Acioli e Carvalho (1998)	Estudo qualitativo	Nível IV
Coura- Fliho (1996)	Estudo qualitativo	Nível IV
Schall et.al (1993)	Estudo qualitativo	Nível IV
Rozemberg (1994)	Estudo qualitativo	Nível IV
Noronha et. al (1995)	Quantitativo: Estudo de coorte prospectivo longitudinal	Nível V
Ribeiro et. al.(2004)	Estudo descritivo/ caso controle	Nível III
Alves et. al.(1998)	Estudo qualitativo	Nível IV

Quanto ao nível de evidência 02 (20%) dos estudos apresentaram nível de evidência III; 07 (70%) nível de evidência IV e 01 (10%) nível de evidência V.

É importante salientar que 100% da amostra é constituída por estudos primários e, 06 (60%) adotaram a abordagem qualitativa e os outros quatro estudos foram constituídos por abordagem quantitativa: quase experimental, transversal, coorte prospectivo e caso controle.

Quanto aos objetivos, os estudos podem ser classificados como descritivos, analíticos e exploratórios; quanto à participação do pesquisador, todos foram estudos de intervenção e observação.

Diante dos dados apresentados, conclui-se que a maioria dos estudos possui baixo nível de evidência científica.

**Quadro 4 -** Apresentação das variáveis de interesse identificadas na revisão integrativa, no período de 2002 a 2012.

Identificação do estudo	Objetivos do estudo	Resultados	Conclusões
Santana et. al (1997) Efetividade do Programa de Comunicação e Educação em Saúde no Controle da Infecção por <i>S. mansoni</i> em	Avaliar o impacto epidemiológico das ações de Informação, Educação, Comunicação em Saúde e Mobilização Comunitária (IEC/MC), comparando-se prevalências de	A implementação do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), com ou sem o componente IEC/MC leva à redução da magnitude da infecção na população e que a presença desse programa,	Redução da prevalência da esquistossomose em todas as áreas de implantação do Programa IEC/MC

algumas áreas do Estado da Bahia.	infecção por <i>S. mansoni</i> em áreas IEC/MC com estimativas de áreas referentes.	aparentemente, intensifica o impacto sobre a população em geral e entre mulheres, qualquer que seja a faixa etária da carga parasitária.	
Lima-Costa et. al (2002)  Um estudo epidemiológico da efetividade de um programa educativo para o controle da esquistossomose em Minas Gerais.	Determinar o impacto de um programa de mobilização comunitária (atividades educativas) na primeira comunidade em Minas Gerais(Patis) na qual esta atividade foi desenvolvida, como parte do Programa Nacional de Controle da Esquistossomose.	Embora a prevalência inicial e final da infecção tenha diferido em Patis e na área controle, verificou-se que esta diferença não podia ser atribuída à mobilização comunitária. Uma vez que a queda na prevalência da infecção já havia ocorrido antes do início destas atividades.	O programa não foi efetivo, pois não houve apreensão do conteúdo, nem mudança de comportamento e, portanto, não se reduziu índices de prevalência da infecção.
Gazzinelli et.al (2002)  A interdição da doença: uma construção cultural da esquistossomose em área endêmica, Minas Gerais, Brasil.	Analisar a relação entre um Programa de Educação Ambiental e Saúde, e a postura dos sujeitos frente aos ambientes e à doença.	O ensino com ênfase na cognição sugere que, conforme a experiência prévia dos sujeitos, a sua relação com os ambientes e com a doença não pode ser modificada simplesmente pela aquisição de conhecimentos, justificando um programa diferenciado de ensino.	Houve acúmulo de conhecimento acerca da etiologia e evolução da doença, embora esse conhecimento não tenha conduzido a um questionamento de algumas representações dos alunos. Detectou-se também que não foi construída uma nova postura com relação à doença.
Acioli e Carvalho (1998)  Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações	Avaliar as principais medidas programadas de controle da esquistossomose na Zona da Mata de Pernambuco;  Interpretar os resultados das ações educativas realizadas na área de estudo e	Comparando-se discursos e práticas educativas, foram encontrados fatores responsáveis pelas respectivas convergências e divergências, assim como elementos vinculados ao	Constatou-se distanciamento entre a realidade sócio-econômica e cultural dos moradores em relação às orientações repassadas



de mobilização comunitária do Programa de Controle das Doenças Endêmicas do Nordeste (PCDEN)/PE.	refletir sobre o significado de mobilização comunitária tendo como base as avaliações das ações educativas referidas.	processo social e histórico das populações envolvidas que limitam a eficácia das ações educativas, inclusive de uma maneira mais sistemática.	
Coura- Filho (1996)  Abordagens alternativas no controle da esquistossomose: buscando incluir o subjetivo na epidemiologia.	Apontar características da pesquisa participante, da “epidemiologia comunitária” e da educação popular visando a construção de um modelo de controle da esquistossomose com opções metodológicas alternativas, incluindo as representações, percepções e modo de vida de populações expostas à infecção pelo <i>Schistosoma mansoni</i> .	Oferecer informações sobre a transmissão da esquistossomose sem fornecer os meios não foi suficiente para se tornar potência em ação de prevenção e/ou controle da endemia.	O uso do referencial teórico da pesquisa participante, da epidemiologia comunitária e da educação popular, centrado nas inter-relações de singularidades, pode se tornar potência para as ações no planejamento, execução e avaliação de programas de controle de 70% das doenças que têm veiculação hídrica e portanto são sócio dependentes, como a esquistossomose. A partir da identificação de representações, a resistência ao tratamento pôde ser trabalhada.
Schall et. al (1993)  Educação em saúde em escolas públicas de 1º grau da periferia de Belo Horizonte, MG, Brasil. I- Avaliação de um programa relativo à esquistossomose.	Desenvolver e avaliar alternativas criativas que estimulem a inclusão da educação em saúde sob enfoque transdisciplinar, utilizando recursos lúdicos como arte, literatura, jogos, teatros e outros.	Os resultados demonstraram que após um ano de implantação dos novos materiais e metodologias, o conhecimento sobre a doença aumentou significativamente nas escolas experimentais, não se verificando o mesmo nas de	Ampliação dos conhecimentos dos alunos acerca da realidade local e à prevenção da esquistossomose. Atualização de conhecimentos relativos à saúde por parte dos professores.

		controle. Houve queda geral da prevalência da doença nas quatro escolas envolvidas no estudo.	
Rozemberg (1994)  Representação social de eventos somáticos ligados à esquistossomose.	Originar reflexões ligadas à representação popular da etiologia, sintomatologia, transmissão, tratamento e prevenção da esquistossomose, permitindo conhecer algumas das repercussões dos conteúdos e práticas normalmente empregados nas campanhas de controle da esquistossomose entre moradores de uma área endêmica.	O estudo revelou um elevado nível de experiência pessoal e familiar com a esquistossomose. A representação da doença reflete a ausência de uma discussão mais madura e consequente entre técnicos e população, bem como a insistência em se manter a população numa posição de inferioridade frente ao saber médico.	A prática dos programas de controle desenvolvidos pela Fundação Nacional de Saúde demonstrou ter grande influência sobre a forma de se pensar o problema da esquistossomose na área investigada. As percepções mitificadas da doença desviam a atenção popular das questões de saneamento e condições gerais de vida ligadas à endemia.
Noronha et. al (1995)  Uma concepção popular sobre a esquistossomose mansônica: os modos de transmissão e prevenção na perspectiva de gênero.	Analisar os discursos populares relacionados à saúde/doença, num primeiro plano, para enfocar valores, conhecimentos e práticas relativas às parasitoses, especificamente à esquistossomose.	As atividades de educação implicando diretamente mudança de hábitos ou prescrições comportamentais devem considerar conhecimentos, valores e práticas dos segmentos populares.	Percepção da falta de fundamentação teórica apropriada das atividades de educação desenvolvidas junto à população pesquisada.
Ribeiro et. al.(2004)  Programa Educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica.	Desenvolver, implementar e avaliar um programa educativo de baixo custo, usando como modelo portadores de esquistossomose.	Os resultados revelaram desconhecimento importante dos entrevistados sobre a doença e a enfatizou a carência de material didático sobre a esquistossomose que dinamize e motive o ensino, gerando interesse e	Melhora do conhecimento dos participantes sobre a doença, gerando um modelo de atuação efetivo e de baixo custo que pode ser aplicado no combate a outras endemias.

		participação dos alunos. O álbum seriado desenvolvido para o presente trabalho mostrou-se eficaz em áreas rurais.	
Alves et. al.(1998)  A experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária.	Investigar os significados de participação social e mobilização comunitária subjacente aos projetos de controle e combate à esquistossomose desenvolvidos na Bahia, pela Fundação Nacional de saúde através do programa PCDEN.	As ações IEC são vistas como viabilizadoras de uma cultura política necessária para que existam de fato as condições mínimas para um processo participativo.  A construção social da esquistossomose depende, em larga medida, de uma práxis discursiva promulgada por agentes e profissionais da saúde.	Reflexões acerca dos significados embutidos nos programas de controle e combate à doença e suas influências na construção popular do significado da mesma

A análise dos estudos, com foco na variável de interesse, mostra que 100% dos estudos avaliaram as ações educativas realizadas. Destas ações, 08 (80%) foram direcionadas à comunidade e 02 estudos se deram em ambiente escolar.

O estudo de Santana et. al,1997 ressalta que apesar da importância das avaliações de impacto epidemiológico, estas são insuficientes ou pouco adequadas para avaliar intervenções de natureza subjetiva e pluriforme, que têm na abordagem qualitativa a sua metodologia de eleição.

Todas as ações educativas sofreram avaliação dos resultados. Assim, nos estudos de Lima-Costa et. al (2002) e Acioli e Carvalho (1998) os resultados não foram positivos, pois os conhecimentos sobre prevenção e transmissão da esquistossomose não influenciaram o comportamento das populações estudadas em relação ao contato com as águas.

Em três estudos, concluiu-se a ineficácia de abordagens educativas utilizadas no controle à esquistossomose, sugerindo modificações a partir da consideração da realidade sócio-cultural da comunidade. ROZEMBERG (1994); NORONHA ET.AL (1995) e ALVES ET. AL (1998).

Em seis estudos Gazzinelli et. al ( 2002), Acioli e Carvalho (1998), Coura- Filho (1996), Rozemberg (1994), Noronha et. al (1995) e Alves et. al.(1998) buscaram enfatizar e pesquisar acerca das representações sociais e significados populares da esquistossomose. Cinco artigos, Santana et. al (1997), Gazzinelli et. al (2002), Coura- Filho (1996), Schall et. al (1993) e Ribeiro et. al.(2004) os autores fizeram uso de metodologias mais interativas e participativas. O estudo de Lima-Costa et. al (2002) apresentou resultado negativo, cuja estratégia de educação foi a transmissão de informações.

Cinco estudos Santana et. al (1997), Lima-Costa et. al (2002),Acioli e Carvalho (1998), Schall et. al (1993) e Ribeiro et. al.(2004) , classificaram as ações educativas como programas educativos e em um estudo Santana et. al (1997) constatou-se redução da prevalência da esquistossomose.

## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os artigos pesquisados evidenciaram que as ações de educação em saúde desenvolvidas com foco na esquistossomose, contribuíram para a redução da prevalência da esquistossomose em áreas de intervenção, propiciando reflexão e confronto de idéias.

A abordagem da resistência ao tratamento a partir das representações sociais da doença propiciou a ampliação dos conhecimentos acerca da realidade local e à prevenção da esquistossomose.

Destaca-se, também, a atualização de conhecimentos relativos à saúde por parte de professores e reavaliação acerca das repercussões dos conteúdos e práticas normalmente empregadas nas campanhas de controle.

Pode-se evidenciar que resultados insatisfatórios em relação aos objetivos dos estudos estão relacionados ao uso de metodologias menos participativas, pois foi constatado distanciamento entre a realidade sócio-econômica e cultural dos moradores em relação às orientações repassadas e a insistência em se manter a população numa posição de inferioridade frente ao saber médico.

Torna-se possível inferir, com base na análise dos estudos da presente revisão, que no planejamento e realização de ações educativas relacionadas à esquistossomose se faz imprescindível a consideração do contexto sócio-cultural e das representações sociais acerca da doença; uma vez que a mesma incide nas relações que os indivíduos estabelecem com o meio ambiente no qual se inserem.

Compreende-se que muitos programas oficiais de intervenção em saúde são estruturados sem uma devida familiaridade com o cotidiano das populações envolvidas, desconsiderando a realidade material, social, psicossocial e cultural da população.

De acordo com os estudos que detectaram melhoria no nível de conhecimento da população sobre a doença, o processo educativo constituiu um modelo de atuação efetiva e de baixo custo que pode ser aplicado no combate a outras endemias existentes no país.

Especificamente, no estudo de Ribeiro et. al (2004) os resultados revelaram importante desconhecimento dos entrevistados sobre a doença. A ausência de conhecimento em relação à esquistossomose e suas causas, também foram observadas por outros pesquisadores analisando portadores positivos, em que 56% dos entrevistados não apresentavam informações suficientes sobre a doença (OTENIO ET. AL,2010).

Todavia, de acordo com o estudo de Noronha et. al, (1995) ter ciência do problema não se mostrou suficiente para proporcionar um comportamento preventivo em relação à

esquistossomose. Portanto, para que o conhecimento se transforme em gerador de mudanças de atitudes é necessário que as ações de saúde, através da mobilização da comunidade, estabeleçam abordagens preventivas e promocionais que levem em consideração as percepções da população acerca da enfermidade, dentro de um contexto socioeconômico e cultural, motivando dessa forma, atitudes comportamentais positivas para diminuir a prevalência e incidência da esquistossomose (BARBOSA ET. AL, 2008).

Ao analisar os artigos, percebe-se que outro ponto importante e discutível é a promoção de saúde, como estratégia para o controle da esquistossomose que deve considerar a comunidade através da mobilização comunitária, respeitando as diversidades intra e extra comunidade, as crenças e conhecimentos relacionados à doença, incorporando uma atitude crítica, correta e reflexiva. Assim, a participação da comunidade no seu processo de saúde e adoecimento é um importante elemento de mudanças dos perfis de morbimortalidade.

Pode-se afirmar, com base nos artigos analisados, que a Educação em Saúde é uma estratégia com grande potencial de estimular a verdadeira participação comunitária, estabelecendo os elos entre os diversos níveis da comunidade, seja o decisório (governantes), o executivo (profissionais de saúde, professores, pesquisadores, líderes de comunidade e o participativo (a população). Barbosa, Silva e Barbosa (1996) também relatam a sua experiência que estimula a participação popular na esfera municipal e local.

Os autores pesquisados Schall (1998) e Barbosa, Silva e Barbosa (1996), situam a importância da representatividade da comunidade nas comissões municipais de saúde como instância legítima para o desenvolvimento dos processos de elaboração, execução e avaliação das ações de controle de endemias. Ressaltam, ainda, o papel da educação em saúde, *“entendida enquanto processo de aquisição de conhecimento para uma ação transformadora, tanto da parte dos técnicos em saúde como dos membros da comunidade. Diversas formas de repartir o conhecimento podem ser utilizadas respeitando-se as bases culturais locais. Daí a importância da participação dos grupos sociais para a construção dos elementos culturais (representações sobre a esquistossomose), que irão subsidiar e dar coerência às estratégias de controle”*.

As práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, de forma geral, ainda são pautadas em um modelo tradicional de educação, baseado na transmissão verticalizada do conhecimento (CAMARA, 2012; FIGUEIREDO et al 2010). Tal descompasso também é percebido nas intervenções educativas voltadas à prevenção da esquistossomose (ROZEMBERG, 2007; GAZZINELLI ET. AL, 2002)

As ações de saúde oferecidas nas localidades, demonstradas nos estudos de (Acioli e Carvalho, 1998) mostraram-se descontextualizadas da realidade objetiva das comunidades, pois são executadas fora do cotidiano e não são capazes de resolver os problemas relacionados ao saneamento do meio, habitação, alimentação e condições dignas de trabalho.

No estudo de Gazzinelli et. al (2002), ficou demonstrado que, embora exista tratamento eficiente para a esquistossomose, seu controle é complexo, exigindo a atuação de serviços de saneamento básico, educação, bem como outras medidas de cunho técnico-político.

Outros autores encontraram resultados semelhantes, ressaltando a necessidade de elevar a efetividade das medidas de prevenção implementadas na localidade, redobrando estratégias de educação e saúde visto que é um dos pilares da atenção básica, buscando não apenas adoção de protocolos, mas uma agenda de ações integradas e participativas, pressupondo a comunidade como um aliado dos profissionais da saúde e da educação para avançar no controle e na diminuição da esquistossomose.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a presente revisão verificou-se que as ações educativas devem estar associadas às experiências dos sujeitos com a doença, considerando a complexa realidade cultural na qual os mesmos estão inseridos.

Para que os benefícios dos programas educativos se mantenham, a longo prazo, são necessários investimentos em saneamento básico e educação para a saúde, que devem ser as atividades prioritárias dentro de um programa de controle da esquistossomose.

As atividades educativas implicam diretamente mudanças de hábitos e comportamento, sendo que devem considerar os conhecimentos, valores e práticas da população. Um desafio encontrado é que as ações educativas existentes nos programas de intervenção estudados acontecem de modo vago e conceitualmente imprecisos.

Nesta pesquisa, evidenciou-se que é essencial a capacitação de indivíduos e grupos para a transformação da realidade, respeitando-se o universo cultural das comunidades e se entendendo a prática pedagógica como dinâmica e participativa.



## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ACIOLI, M. D. e CARVALHO, E.F. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PC DEN/PE. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.59-68, 1998.
- ALVES, P. et al . A experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 1998.
- Análise de Situação de Saúde de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Superintendência de Epidemiologia. Cap.3, p.74-76, 2006.
- BARBOSA, C.S., SILVA, C. B; BARBOSA, F S. Esquistossomose: reprodução e expansão da endemia no Estado de Pernambuco no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 6, 1996.
- BARBOSA C.S et.al. **Epidemiologia e controle da esquistossomose mansoni**. In: Carvalho OS, Coelho PMZ, Lenzi HL. *Schistosoma mansoni* e Esquistossomose: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.965-1008, 2008.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. (**Série A, Normas e Manuais Técnicos - Caderno de Atenção Básica nº21**). 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 48-60, 2008
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM)**. Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em 9 de jul.2013.
- CAMARA, Ana Maria Chagas. Percepção do processo saúde - doença: significados e valores da educação em saúde. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro: 2012 v. 36, n. 1, 2012.
- COURA-FILHO, P et al. Determinantes ambientais e sociais da esquistossomose mansoni em Ravena, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 11, p.252- 265,1995.
- COURA-FILHO, P. Abordagens alternativas no controle da esquistossomose: buscando incluir o subjetivo na epidemiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, Mar. 1996.
- COURA-FILHO, P. Participação popular no controle da esquistossomose através do Sistema Único de Saúde (SUS), em Taquaraçu de Minas, (Minas Gerais, Brasil), entre 1985-1995: construção de um modelo alternativo. *Cad Saúde Pública*, v. 14, n. 2, p. 111-122, 1998.
- DIAS, L.C. et al. Epidemiologia da esquistossomose *mansônica* em área de baixa endemicidade. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, supl. 2, p. 254 - 260,1994.
- DIAS, L. C. et al. Control of schistosomiasis transmission. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v.90, p.285-288, 1995.

DIAS, J. C. P. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 14, p.19-37, 1998.

FAVRE, T. C. et al. Avaliação das ações de controle da esquistossomose implementadas entre 1977 e 1966 na área endêmica de Pernambuco, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, v.34, n.6, p.569-576, 2001.

GARGIONI, Cybele et al. Utilização de método sorológico como ferramenta diagnóstica para implementação da vigilância e controle da esquistossomose no Município de Holambra, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.373-379, 2008.

GAZZINELLI, M. F. et al. A interdição da doença: uma construção cultural da esquistossomose em área endêmica, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002.

KATZ, N. Brazilian contributions to epidemiological aspects of schistosomiasis mansoni. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v.84, n.4, p.1-9, 1992.

KATZ, N. PEIXOTO, S.V. Análise crítica da estimativa do número de portadores de esquistossomose mansoni no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.33, n.3, p. 303-308, 2000.

KATZ, N.; ALMEIDA, K. Esquistossomose, xistosa, barriga d'água. **Revista Ciência e Cultura**, v. 55, n. 1, p. 38 - 43 2003.

KATZ, N. **Terapêutica Clínica na Esquistossomose Mansoni**. In: Lenzi et al, *Schistosoma mansoni* e Esquistossomose: um visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.849-870, 2008.

LIBÂNEO, J.C. **Didática. Coleção Magistério 2º grau. Série Formação do Professor**. São Paulo: Cortez, p.76-102, 1991.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. Um estudo epidemiológico da efetividade de um programa educativo para o controle da esquistossomose em Minas Gerais. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 5, n. 1, 2002.

MEDRONHO, R. A. **Geoprocessamento e Saúde: uma nova Abordagem do Espaço no Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CICT/NECT, 1995.

MELO J.A.C. Educação sanitária: uma visão crítica. **Cadernos do Cedes-educação e saúde**, São Paulo, n.4, p. 28-43, 1987.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

NORONHA, C. V. et. al. Uma concepção popular sobre a esquistossomose mansônica: os modos de transmissão e prevenção na perspectiva de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 1995.

- OTENIO M. H. et.al. O conhecimento da esquistossomose para portadores positivos. **HU Ver**, v. 6, n.2, p. 123-30, 2010.
- RESENDES, A. P. C.et al,. Internacao hospitalar e mortalidade por esquistossomose mansonica no Estado de Pernambuco, Brasil, 1992/2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p. 1392-1401, 2005.
- RIBEIRO, P. J. et al . Programa educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, 2004.
- ROMAN, A. R.; FRIENDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 3, n. 2, p. 109, jul./dez. 1998.
- ROSSO, CFW; COLLET, N. Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense. **Revista Eletrônica de Enfermagem (on-line)**, Goiânia, v.1, n.1, p.12-14, 1999.
- ROZEMBERG, B. Representação social de eventos somáticos ligados à esquistossomose. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 1994.
- SANTANA, Vilma Sousa et al . Efetividade do Programa de Comunicação e Educação em Saúde no controle da infecção por *S. mansoni* em algumas áreas do Estado da Bahia. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 30, n. 6, 1997.
- SANTOS, A. **A Educação Ambiental como Instrumento de Integração Educação- Saúde-Ambiente**. Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado, p.195, 2008.
- SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação no contexto da epidemia de HIV/Aids: Teorias e tendências pedagógicas. **Aids, pesquisa social e educação**. São Paulo: Hucitec . p. 84-105, 1995.
- SCHALL, VT. Debate in the paper by Briceño-León. **Cad Saúde Pública**, v. 12, n.1, p. 18-19, 1996.
- SCHALL, V. T. et al. Educação em saúde em escolas pública de 1º grau da periferia de Belo Horizonte, MG, Brasil: I - avaliação de um programa relativo à esquistossomose. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 563-72,1993.
- SCHALL, V.T. et al. As representações sociais da esquistossomose de escolares de área endêmica de Minas Gerais.**Rev. Bras. Pesq. em Educ. C.** ,v. 5, n. 2, p. 1-20, 2003.
- SCHALL, V. T. Educação em saúde: novas perspectivas. **Interface** – comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.39-52, 2004.
- SOUSA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-06, 2010.

TEIXEIRA, M. J. **A schistosomose mansônica na infância em Belo Horizonte.** 107 p. Tese (Concurso à Cadeira em Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais) Imprensa Oficial, Belo Horizonte, 1920.

**APÊNDICE**

## Apêndice A: Instrumento de coleta de dados

**INSTRUMENTO DE COLETA**

Estudo número: \_\_\_\_\_

Referência do Artigo:

Fonte:

 BVS       LILACS       SciELO       MEDLINE

Artigo encontrado em mais de uma base de dados?

 Sim  Não

Idioma:

Ano de publicação:

Texto Completo:

 Sim  Não

Delineamento do estudo:

Nível de Evidência

Quais são os resultados do estudo no que se refere à minha pergunta de revisão?