

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

ALANA NAIARA ARAÚJO SOARES

**PREVENÇÃO, CONTROLE E TRATAMENTO DA ESQUISTOSSOMOSE DO
PSF CANDEIAS NO MUNICÍPIO DE SETUBINHA- MG**

TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

2014

ALANA NAIARA ARAÚJO SOARES

**PREVENÇÃO, CONTROLE E TRATAMENTO DA ESQUISTOSSOMOSE DO
PSF CANDEIAS NO MUNICÍPIO DE SETUBINHA-MG**

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

Orientadora: Sônia Maria Nunes Viana

TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

2014

ALANA NAIARA ARAÚJO SOARES

**PREVENÇÃO, CONTROLE E TRATAMENTO DA ESQUISTOSSOMOSE DO
PSF CANDEIAS NO MUNICÍPIO DE SETUBINHA-MG**

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

Orientadora: Sônia Maria Nunes Viana

Banca Examinadora

Profa. Sônia Maria Nunes Viana – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovada em Belo Horizonte em: 23/05/2014

Dedico este trabalho a toda equipe do Curso de Especialização em Saúde da Família, Campus Teófilo Otoni, pela atenção e acolhimento prestados a mim.

Aos tutores presenciais e a distância que sempre estiveram dispostos a ajudar.

Aos meus Colegas de curso, ao meu marido Weliton que me acompanhou durante essa jornada e especialmente ao meu filho Bernardo que veio ao mundo esse ano trazendo luz para a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas bênçãos recebidas sempre em especial ao meu filho Bernardo.

Aos mestres pelo conhecimento ofertado.

Aos colegas de classe pelo companheirismo e amizade.

*“Eu estava faminto e você instalou um comitê para
investigar a minha fome;
Eu estava sem casa e você preencheu um formulário
com a minha reclamação;
Eu estava doente e você fez um seminário sobre a
nutrição dos pobres;
Você investigou todos os aspectos do meu lamento e,
ainda assim, eu continuo com fome, sem casa e doente”.*

Queixa de uma Hindu anônima

RESUMO

Devido ao elevado número de indivíduos portadores de esquistossomose e de sua relevância como problema de saúde pública observados no decorrer de cinco anos da prática da enfermagem no Programa de Saúde da Família, no município de Setubinha – MG surgiu o interesse de atuar na prevenção, controle e tratamento dessa patologia. Através de medidas profiláticas, do controle e do tratamento da esquistossomose mansônica é possível minimizar o número de casos e evitar as maléficas consequências causadas por esse agravo. O grande número de domicílios que não possuem banheiros, as águas contaminadas, ausência de redes de esgoto, baixa escolaridade e baixa renda das famílias da zona rural faz aumentar o índice de esquistossomose. Baseando-se nesses fatos, este trabalho objetivou elaborar um projeto de intervenção propondo ações que possam minimizar e/ou erradicar a esquistossomose da ESF Candeias, localizado no município de Setubinha, através de medidas preventivas, controle e tratamento. Para sua fundamentação, fez-se pesquisa bibliográfica no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e na Fundação Nacional de Saúde, com os descritores: esquistossomose, prevenção, controle, tratamento. Após a realização do estudo sobre a doença, foi possível notar que além de prevenção, controle e tratamento, é necessária intervenção por parte dos órgãos públicos, que por sua vez devem investir em saneamento básico e infraestrutura apoiando as populações submetidas à exposição do parasita que causa o agravo. Com a parceria dos órgãos públicos, juntamente com a Equipe Saúde da Família é possível alcançar o objetivo desejado, que consiste em reduzir e/ou erradicar a esquistossomose mansônica do PSF Candeias.

Palavras-chave: Esquistossomose. Prevenção. Controle. Tratamento.

ABSTRACT

Due to the high number of individuals with schistosomiasis and its relevance as a public health problem observed during five years of nursing practice in the Family Health Program in the municipality of Setubinha - MG arose the interest of acting in the prevention, control and treatment of this pathology. Through preventive measures, control and treatment of schistosomiasis is possible to minimize the number of cases and avoid the evil consequences caused by this condition. The large number of households that do not have toilets, contaminated water, lack of sewage systems, low education and low income families in rural areas increases the rate of schistosomiasis. Based on these facts, this research aimed to develop an intervention project proposes actions that can minimize and / or eradicate schistosomiasis FHS Candeias, located in the municipality of Setubinha through preventive measures, control and treatment. For your reasoning, there was literature on the Brazilian Institute of Geography and Statistics and the National Health Foundation, with the descriptors: schistosomiasis, prevention, control, treatment. After the study of the disease, it could be noted that in addition to prevention, control and treatment, it is necessary intervention by public agencies, which in turn must invest in basic sanitation and infrastructure supporting the populations subjected to exposure to the parasite cause the injury. With the partnership of public agencies, along with the Family Health Team is possible to achieve the desired goal, which is to reduce and / or eradicate schistosomiasis PSF Candeias.

Keywords: Schistosomiasis, Prevention, Control, Treatment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVO	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DE LITERATURA	17
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

Por volta de 1830, a região hoje conhecida como Setubinha foi visitada por um homem de nome Jerônimo, um português cobrador de impostos do Império que se orientou pelo leito de um rio o qual ele chamou de Setúbal, de onde originou o diminutivo Setubinha, nome dado a uma vila que nasceu às suas proximidades.

Em 1840, as terras visitadas por Jerônimo foram doadas em sesmarias por uma família portuguesa de nome Batista de Miranda, que construiu as primeiras casas, criando o povoado Santo Antonio de Setubinha. A ocupação original de seu território vincula-se ao extrativismo mineral, ao sistema de produção e de troca, e as relações sociais que aí adveio do declínio, particularmente, a pequena produção agrícola familiar de subsistência (PREFEITURA MUNICIPAL, 2000).

A partir da década de 1970, com o incentivo do estado, ocorreu na região a introdução da cultura comercial do café, quando Setubinha tornou-se a maior produtora de café do município de Malacacheta/ Minas Gerais. Mas a exploração de caráter comercial, entretanto, ficou praticamente restrita, como ocorre até os dias atuais nas grandes empresas instaladas no município, não impactando na qualidade de vida da maioria da população que é consideravelmente baixa.

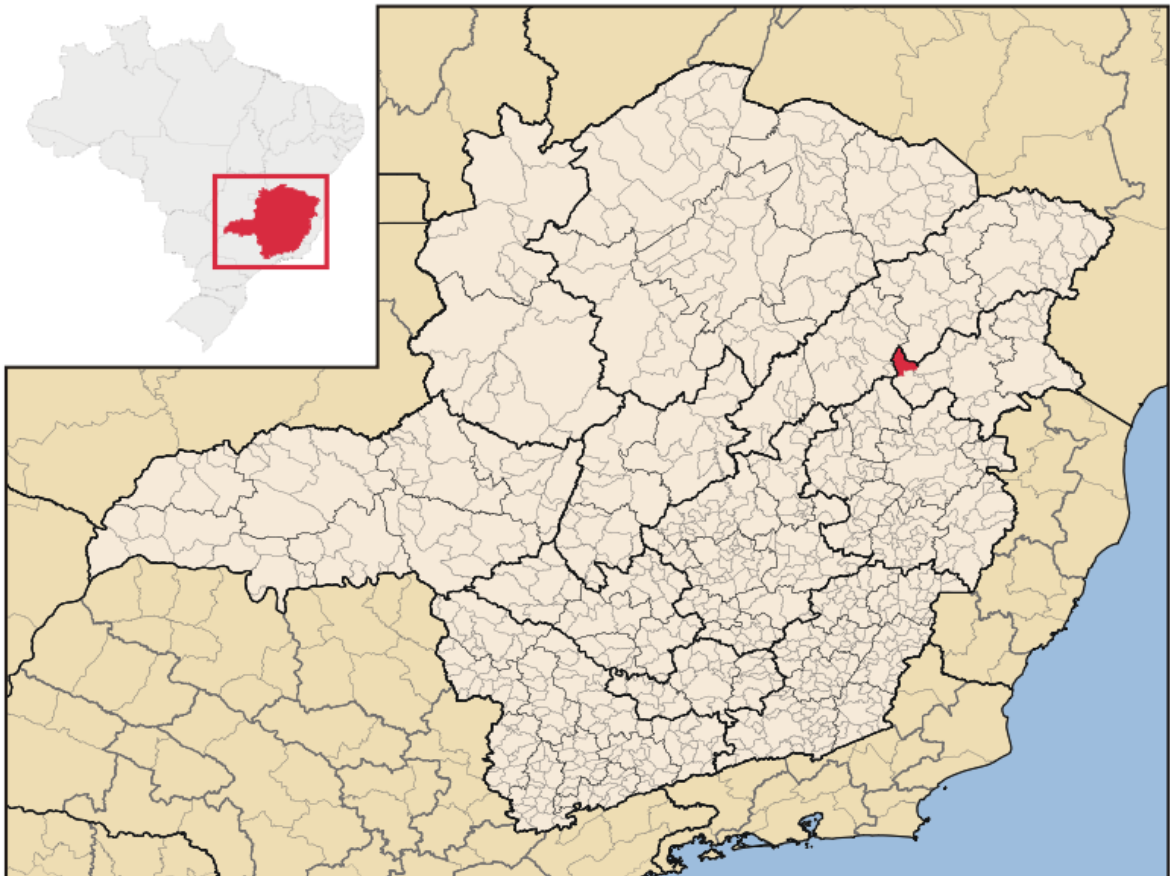
De qualquer forma, o café significou a possibilidade de ocupação alternativa àquela encontrada em São Paulo, no corte de cana, para onde os produtores se dirigiam na entressafra das culturas de subsistência. Sendo que ainda significa, para muitas famílias setubinhenses, sua forma única, de renda. Setubinha pertenceu a vários municípios, sendo que, na condição de distrito de Malacacheta, muitos setubinhenses lutaram por sua emancipação política. Desta forma, em 22/10/1995, foi realizado o plebiscito e, posteriormente, em 21/12/1995, o município tornou-se formalmente emancipado. No ano de 1996, ocorreu a primeira eleição municipal e no ano seguinte, a efetivação do município (PREFEITURA MUNICIPAL, 2000).

O município de Setubinha possui um território de 535.738 Km² e está localizado na região do planejamento IX-Jequitinhonha e Mucuri, no nordeste do estado de Minas Gerais, sendo formalmente integrado no vale do Jequitinhonha (MAPA I), conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013). Limita-se com os municípios de Malacacheta, Capelinha, Angelândia, Novo Cruzeiro, Ladainha e Minas Novas. Distante 511 km de Belo Horizonte (53 km são construídos por estradas de terra que viabiliza o acesso do município á cidade de Capelinha/

MG); 285 km de Governador Valadares e 135 km de Teófilo Otoni. Fica, também, a 110 km da BR-116, a Rio Bahia. O Município de Setubinha está localizado a 754 metros de altitude e possui um clima tropical úmido, com períodos de estiagem no inverno e de chuvas alternadas no verão. O relevo é acidentado, sendo 60% do seu território montanhoso, 25% ondulado ao longo de seus córregos e rios e 15 % de baixadas planas (PREFEITURA MUNICIPAL, 2000).

Para ilustração, encontra-se no mapa de Minas Gerais a localização do município de Setubinha.

Mapa I: Localização do município de Setubinha no estado de Minas Gerais

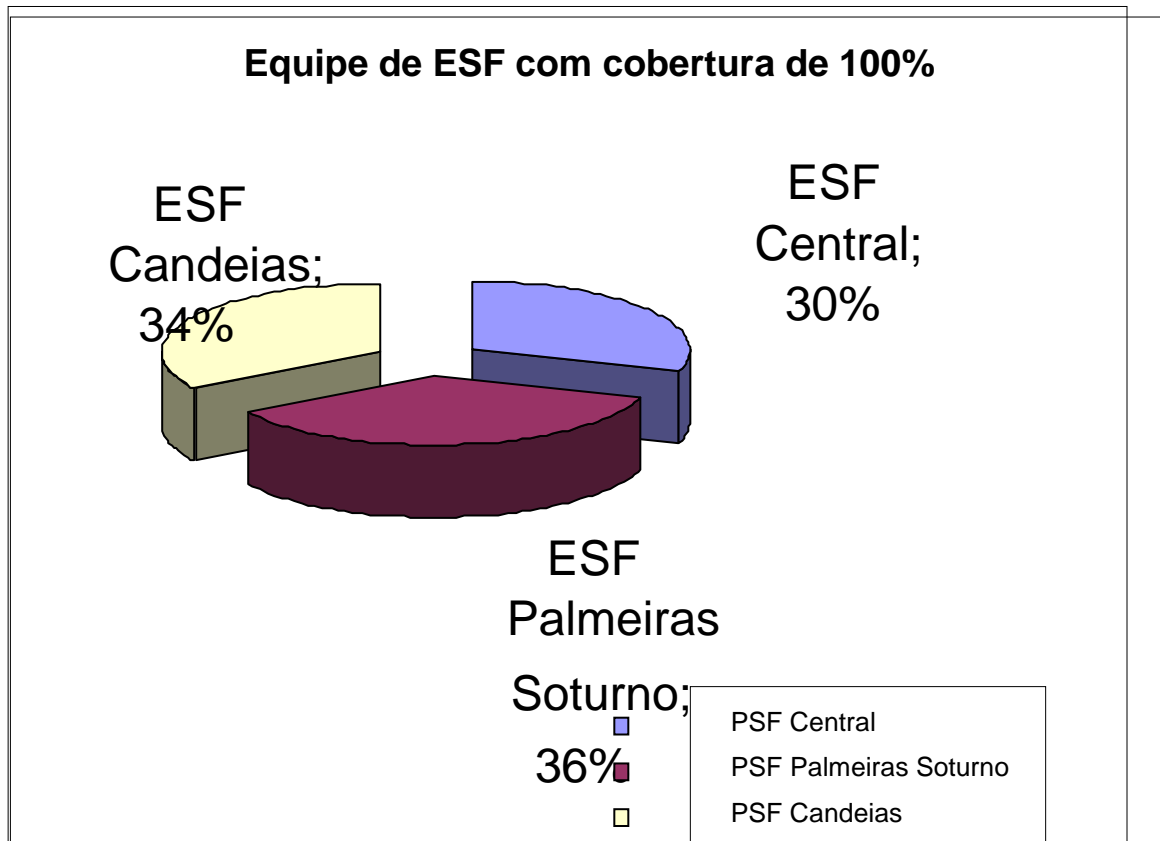


Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013)

De acordo com o IBGE (2013). Setubinha é o município de menor IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) não só do estado de Minas Gerais, mas também de toda a região Sudeste. Com 10,885 habitantes, aproximadamente, é localizada no vale do Jequitinhonha, uma das regiões mineiras mais carentes do estado.

O município de Setubinha organiza sua atenção à saúde com três Equipes de Saúde da Família (ESF) e um Pronto Atendimento. Das três ESFs, o foco deste estudo se dá na ESF Candeias, pois o mesmo encontra diversos problemas em seu dia a dia. No quadro 1 encontra-se a divisão das equipes de saúde da família no município:

Quadro 1: Divisão das Equipes Saúde da Família do município de Setubinha



Fonte: Arquivo da Secretaria Municipal de Saúde de Setubinha- 2013.

Totalizando uma cobertura de 100% da população, as ESF's da zona rural, ESF Palmeiras e Candeias totalizam 70% e a ESF Central com 30% fechando toda a cobertura.

A Equipe de Saúde da Família Candeias está localizada na Zona Rural do município de Setubinha com a população estimada em 3968 pessoas. Um dos grandes obstáculos para melhoria da saúde da comunidade é a extensão territorial com suas microareas muito distantes umas das outras e da própria sede da ESF. A ESF conta com duas unidades de apoio situadas nas comunidades de Quaresma e de Joviano.

A equipe de Saúde da Família de Candeias é composta por um Enfermeiro, um Técnico de Enfermagem, um Médico, e oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS) divididos em oito microareas.

Os atendimentos médico e de enfermagem são realizados de segunda a sexta-feira conforme cronograma nos períodos matutinos e vespertinos. Já os ACS realizam visitas domiciliares diariamente e são responsáveis pela realização e atualização do cadastro familiar, entrega de medicação oral de uso contínuo, os agendamentos das consultas médicas e de enfermagem, além dos exames e orientações profiláticas.

A esquistossomose é o principal agravo encontrado na ESF Candeias, sendo que 81% dos domicílios possuem moradores portadores dessa doença. Estes são indicadores que requerem uma atenção maior do poder público e dos profissionais de saúde já que é uma patologia com alto índice de morbidade. (Secretaria Municipal de Saúde de Setubinha, 2013).

A esquistossomose no município consiste na doença de maior incidência, sendo que na ESF Candeias 81% dos domicílios, possuem pessoas contaminadas ou que já fizeram o tratamento. Os dados epidemiológicos e seu potencial de contaminação provocam a necessidade de um estudo para o enfrentamento desse agravo. Esse cenário se torna mais complexo pela falta de informação da população para a detecção da doença e início de tratamento, acarretando assim um índice elevado de complicações decorrentes da intervenção tardia no tratamento da esquistossomose. Os altos custos dos tratamentos necessários são de importância para a gestão do setor saúde em Setubinha acarretando uma necessidade de acompanhamento dos gastos pelo fundo municipal de saúde já que o município é considerado área endêmica.

Como a Esquistossomose pode ser evitada com hábitos de higiene, é necessário levar a população às informações necessárias para o combate a esta endemia. A equipe de saúde deve-se mobilizar no controle da doença tanto quanto se empenha em relação à hipertensão, diabetes, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), pois em um município tão carente o que poderia não ser um problema acaba por virar um transtorno para a saúde pública devido a sua extensão e complexidade.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema se deu devido ao elevado índice de esquistossomose na ESF Cadeias e a necessidade de realizar medidas preventivas e de controle dessa doença, promovendo melhor qualidade de vida para a população.

Sabe-se que a região onde o município de Setubinha se encontra é endêmico para a esquistossomose além de outros fatores como o baixo índice de desenvolvimento humano – IDH, as precárias condições sanitárias do município e a baixa compreensão da população sobre os mecanismos de controle e tratamento da doença, o que potencializa a importância do agravo para a saúde pública regional.

Neste contexto, estudos com esta temática poderão favorecer a compreensão dos profissionais que atuam no setor saúde sobre a esquistossomose, possibilitando aos mesmos, condições de intervir no ciclo da doença e também melhor atender os pacientes com o processo patológico já instalado.

Estudos como este podem contribuir para uma melhor compreensão da temática em regiões que também vivenciam problemas similares, assim como através de troca de experiência e conhecimento fortalecer as políticas de controle de endemias no município, região e estado.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção propondo ações que possam minimizar e/ou erradicar a esquistossomose da ESF Candeias, localizado no município de Setúbal, através de medidas preventivas, controle e tratamento.

4 METODOLOGIA

Como embasamento teórico deste trabalho foi realizado uma revisão de literatura e a partir das informações coletadas, feita uma análise e discussão das publicações sobre a temática da esquistossomose. A pesquisa bibliográfica foi realizada nos bancos de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na Fundação Nacional de Saúde, também na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Biblioteca Virtual do Ágora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – NESCON, no período de 2012 a 2013. Os dados epidemiológicos da Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal de Setubinha referentes ao ano de 2013 também foram considerados com fontes de dados e informações.

Para a realização deste trabalho foram utilizados artigos escritos na Língua Portuguesa, disponíveis eletronicamente, que tratam diretamente do tema esquistossomose. Foram excluídos textos na forma de dissertações, que só disponibilizaram resumos, além de cartilhas e brochuras.

A revisão de literatura proporcionou uma visão abrangente de pesquisas referentes à esquistossomose, ajustando, assim, o entendimento do tema e a possibilidade de desenvolver novos estudos. Os artigos utilizados foram identificados com os descritores: esquistossomose, prevenção, controle e tratamento.

A partir dessa fundamentação foi elaborado o projeto de intervenção que é uma proposta de ação a partir da leitura da realidade, considerando o contexto nas suas várias expressões: social, ideológico, cultural, econômico e político. O Projeto de intervenção objetiva provocar mudanças benéficas referentes ao agravo esquistossomose.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Esquistossomose

As esquistossomoses são doenças produzidas por trematódeos do gênero *Schistosoma* que, para o homem, têm como principais agentes etiológicos as espécies *S.mansoni*, *S.haematobium* e *S.japonicum*. Os primeiros registros dessa doença foram feitos nas bacias dos rios Nilo, na África, e Yangtze, na Ásia. Destes pontos de origem, ela se dispersou para outros continentes, seguindo os fluxos migratórios. Essa propagação foi facilitada pela longevidade dos vermes adultos, grande capacidade de postura das fêmeas, existência de portadores eliminando ovos por muitos anos, caráter crônico da doença e ampla distribuição dos hospedeiros intermediários (BRASIL, 1998).

Segundo Neves *et al.* (2001), a esquistossomose é uma patologia endêmica dos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, enquanto Beck *et al.* (2013) afirmam que a doença acomete 200 milhões de pessoas em 74 países e no Brasil, estima-se cerca de seis milhões de infectados, principalmente nos Estados do Nordeste e em Minas Gerais.

O controle da esquistossomose é uma das tarefas mais difíceis dos serviços de Saúde Pública. A importância da doença não se restringe à persistência da prevalência e larga distribuição geográfica no mundo. Ela diz respeito, também, ao mecanismo de escape do molusco frente ao moluscida, precárias condições de moradia e saneamento básico, atividades econômicas ligadas ao uso da água – principalmente em zonas rurais –, longo tempo para educação sanitária e adesão aos programas de controle. Além disso, há de se considerar a inexistência de mecanismos naturais de defesa imunológica, bem como de uma vacina efetiva. (RESENDE *et al.*, 2000).

A transmissão da esquistossomose no Brasil depende da presença de três espécies de caramujo do gênero *Biomphalaria*: O *B. glabrata*; o *B. tenagophila*; e o *B. straminea*. Pelo menos uma das três espécies já foi notificada em 25 das 27 unidades federadas do país (BRASIL, 2007). Esses moluscos encontram-se em regiões onde há coleções de água doce, como, por exemplo, barragens, áreas de irrigação, rios, lagos, lagoas, brejos, etc. (YOSHIOKA *et al.*, 2002).

Segundo Favre (1996), é nas numerosas coleções hídricas da área endêmica que as populações humanas, por questões econômicas e socioculturais, exercem

grande parte de suas atividades domésticas, de lazer e de higiene pessoal. As condições ambientais, associadas à falta de saneamento básico, como rede de esgoto sanitário, abastecimento e tratamento de água para consumo, bem como à intensa locomoção das comunidades, criam condições propícias à manutenção da transmissão e à expansão da esquistossomose.

5. 2 Ciclo biológico de transmissão da esquistossomose

Os ovos do *S. mansoni* são eliminados pelas fezes do hospedeiro humano infectado e, se as fezes são lançadas nas coleções de água doce, eles eclodem liberando uma larva ciliada, denominada miracídio, responsável por infectar hospedeiro intermediário. Após quatro a seis semanas, as larvas abandonam o caramujo e ficam livres na água, na forma de cercária. Se o homem tiver contato com águas infectadas pelas cercárias, estas penetram ativamente, pela pele e mucosa, fazendo com que o indivíduo adquira a infecção. O verme se desenvolve no organismo humano durante duas a seis semanas após a penetração das cercárias. Passado esse período, o homem infectado pode transmitir a doença eliminando ovos de *S. mansoni* nas fezes, por muitos anos (BRASIL, 2005).

O homem infectado elimina ovos viáveis de *S. Mansoni* por meio das fezes e quando esses ovos entram em contato com a água, rompem-se e permitem a saída da forma larvária ciliada, denominada miracídio. Os miracídeos penetram no caramujo, onde se multiplicam e, entre quatro a seis semanas depois, começam a abandoná-lo em grande número, principalmente quando estão sob a ação de calor e luminosidade. A forma infectante larvária que sai do caramujo tem o nome de cercária. O horário no qual as cercárias são vistas em maior quantidade na água e com maior atividade é entre 10 e 16h, quando a luz solar e o calor são mais intensos. As cercárias penetram no homem (hospedeiro definitivo) por meio da pele e/ou mucosas e, mais frequentemente, pelos pés e pernas, por serem áreas do corpo que ficam em maior contato com águas contaminadas. Após atravessarem a pele ou mucosa, as cercárias perdem a cauda e se transformam em esquistossômulos. Esses caem na circulação venosa e alcançam o coração e pulmões, onde permanecem por algum tempo. Retornam posteriormente ao coração, de onde são lançados, por meio das artérias, aos pontos mais diversos do organismo, sendo o fígado, o órgão preferencial de localização do parasito. No

fígado, as formas jovens se diferenciam sexualmente e crescem alimentando-se de sangue, migram para as veias do intestino, onde alcançam a forma adulta, acasalam-se e iniciam a postura de ovos, recomeçando o ciclo (BRASIL, 2008).

As pessoas parasitadas podem continuar eliminando ovos viáveis do *S. mansoni* em média por cinco anos, podendo chegar até mais de 20 anos. Os caramujos infectados podem eliminar cercárias durante vários meses. O período de vida das cercárias é de aproximadamente dois dias, porém sua infectividade diminui progressivamente durante o tempo em que permanecem livres, a partir do momento da eliminação (BRASIL, 2008).

5.3 Características e manifestações da doença

O verme da esquistossomose, por si só, não é capaz de induzir uma significativa patologia no homem. A deposição de ovos no fígado e outros órgãos no ser humano, entretanto, é responsável pela vigorosa resposta inflamatória do tipo granulomatosa (BAPTISTA *et al.*, 2005).

Muitas das pessoas infectadas podem, de acordo com a intensidade da infecção, permanecer assintomáticas. Por sua vez, os sintomas clínicos têm correlação com as fases do desenvolvimento do parasito no organismo humano. (BRASIL, 2005).

5.3.1 Diagnóstico clínico-epidemiológico

No diagnóstico clínico, deve-se levar em conta a fase da doença (aguda ou crônica). Além disso, é de fundamental importância a análise detalhada do local de residência do paciente, principalmente para saber se ele vive ou viveu em região endêmica. O diagnóstico definitivo da esquistossomose mansoni depende sempre de uma confirmação laboratorial, mesmo na presença de quadro sintomático compatível e informações epidemiológicas evidentes. O diagnóstico por imagem, em algumas formas clínicas é muito importante, como por exemplo: ultrassonografia para a forma hepatoesplênica e ressonância magnética para a mielorradiculopatia esquistossomótica (BRASIL, 2008).

5.3.2 Métodos de Diagnóstico Laboratorial

Existem os métodos diretos que consistem na visualização ou na demonstração da presença de ovos de *Schistosoma mansoni* e na pesquisa de antígenos circulantes do verme. E os métodos indiretos que são baseados em mecanismos imunológicos, envolvendo reação de antígeno-anticorpo e que têm aplicação quase sempre em inquéritos epidemiológicos, acompanhados ou não de exames de fezes. Às vezes, são também usados em casos clínicos isolados, de difícil diagnóstico pelos métodos diretos tradicionais (BRASIL, 2008).

Ultrassonografia do abdômen, radiografia do tórax em PA e perfil, endoscopia digestiva alta, ressonância magnética e eco-doppler-cardiografia. (BRASIL, 2008).

5.3.3 Tratamento

O tratamento medicamentoso pode ser feito com Oxamniquine® ou Praziquantel® em dose única, via oral. São drogas bem toleradas, de baixa toxicidade e cuja eficácia no tratamento chega a 80% dos casos em adultos e 70% em crianças até 15 anos de idade. Atualmente, prefere-se o Praziquantel®, por apresentar melhor relação custo benefício (KATZ, 2013).

O praziquantel é apresentado em comprimidos e administrado por via oral, em dose única de 50 mg/kg de peso para adultos e 60 mg/kg de peso para crianças

A oxamniquina é apresentada em cápsulas com 250 mg de sal ativo e solução contendo 50 mg/ml, para uso pediátrico. A dose recomendada é de 20 mg/kg para crianças e 15 mg/kg para adultos, tomadas de uma só vez, cerca de uma hora após uma refeição (BRASIL, 2008).

5.4 Vigilância Epidemiológica

O objetivo da vigilância da esquistossomose é a detecção precoce de condições que favorecem a ocorrência de casos e a instalação de focos de transmissão da doença. A detecção precoce e o tratamento dos portadores de *S. mansoni*, objetiva: evitar ou reduzir a ocorrência de formas graves e óbitos; reduzir a prevalência da infecção e reduzir o risco de expansão da doença.

Entre as condições que favorecem a ocorrência de casos e a instalação de focos de transmissão da doença, destacam-se a grande área geográfica de distribuição dos caramujos hospedeiros intermediários: *Biomphalaria glabrata*,

Biomphalaria straminea e *Biomphalaria tenagophila*. Também contribui para a ocorrência de novos casos da doença a deficiência de saneamento domiciliar e ambiental e a precária educação em saúde das populações sob risco (BRASIL, 2008).

A vigilância e controle da esquistossomose são feitas nas áreas endêmicas e nas áreas focais.

As áreas endêmicas são aquelas em que não existem registros de transmissão da doença, mas que requerem vigilância, visando impedir o surgimento de casos. Já as áreas focais são aquelas que possuem casos da doença, necessitando de ações de vigilância epidemiológica e de controle. A detecção e o tratamento dos portadores, execução de medidas de saneamento domiciliar e ambiental e educação em saúde são atividades que representam os principais instrumentos para impedir que a esquistossomose se amplie (BRASIL, 2008).

5.5 Notificação

É doença de notificação compulsória, conforme a Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

5.6 Assistência ao paciente

Tratamento ambulatorial e acompanhamento de cura (três exames de fezes em dias sucessivos, no quarto mês após o tratamento). A internação hospitalar é indicada nas formas clínicas graves (BRASIL, 2008).

5.7 Atribuições do profissional Enfermeiro no controle da esquistossomose

Cabe ao profissional enfermeiro realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme protocolos municipais; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes à esquistossomose da área de atuação da UBS. Analisar os dados e planejar as intervenções juntamente à equipe de saúde; notificar os casos e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção,

manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle da doença.
(BRASIL, 2008)

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A elaboração de um projeto de Intervenção possibilita sistematizar a assistência e buscar, por meio de ações educativas, conscientizar a população ESF de Candeias no que diz respeito às medidas de prevenção, controle e tratamento da esquistossomose.

Em se tratando dos responsáveis envolvidos na implementação do projeto de Intervenção, encontram-se a Equipe de Saúde da Família sob coordenação da enfermeira. Todas as ações serão realizadas durante todo o primeiro semestre de 2014 e analisadas e avaliadas no segundo semestre do mesmo ano.

O quadro 2 apresenta as ações a serem implementadas.

Quadro 2: Projeto de Intervenção de Enfermagem

Ação	Realizadores	Quando	Como	Recursos
<i>Palestras educativas</i>	Equipe Saúde da Família	Primeiro semestre de 2014	Convidando toda a área de abrangência para participar das palestras.	Banners, cartazes, data show e panfletos.
<i>Educação permanente</i>	Equipe Saúde da Família	Todo o ano de 2014	Informando a população sobre hábitos de higiene e saneamento básico	Banners, cartazes, data show e panfletos.
<i>Reuniões com os gestores municipais</i>	Equipe Saúde da Família e líderes comunitários	Primeiro semestre de 2014	Agendando reuniões com órgãos competentes, solicitando a destinação de recursos financeiros para melhorias do saneamento básico.	Data show.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar um trabalho, os objetivos propostos começam a tomar forma a partir do momento em que se aprofundando no tema nota-se que as realidades de cada região divergem, mas que as causas bases de qualquer patologia ou problema social são similares ou até mesmo idênticas.

A esquistossomose no município de Setubinha é um agravo preocupante à saúde, pois vem crescendo constantemente. Por essa razão, o presente estudo foi de suma importância, pois visa informar à população sobre o que é a doença, suas causas, prevenção, controle, tratamento e redução do número de casos.

Por se tratar de um importante problema de saúde pública, é fundamental a participação ativa dos órgãos governamentais, para que os mesmos possam destinar recursos financeiros para o saneamento básico das zonas rurais. Água tratada, criação de redes de esgoto, banheiros em 100% dos domicílios e conscientização da população são medidas importantes que ajudarão a reduzir ou até mesmo erradicar a esquistossomose da nossa região.

Poder conhecer melhor a situação de saúde do município e conectar essas informações aos problemas causados aos indivíduos que aqui vivem, mostrou que as políticas públicas já criadas devem ser adaptadas a cada realidade. Ou seja, as zonas rurais necessitam de uma maior intervenção no que diz respeito a saneamento básico e educação permanente, por se tratar de pessoas com baixa escolaridade, hábitos precários de higiene e cultura popular errônea.

Setubinha-MG vive hoje um momento de desenvolvimento em todas as áreas, e não seria na área da saúde que isso não iria acontecer. Visando esse desenvolvimento e melhorias da situação de saúde atual, a gestão, juntamente com todas as equipes de saúde encontram-se empenhadas nesses avanços à saúde, buscando melhorar a qualidade de vida da população. Por se tratar de um município endêmico para esquistossomose, faz-se necessário promover ações de prevenção, controle e tratamento que busquem minimizar a incidência e prevalência desse agravo.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTA AP, et al. Angiogenesis and Schistosomal granuloma formation. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz** v.100, n.2, p.183-185, 2005
- BECK L, et al. Evaluation of tests based on the antibody response to keyhole limpet haemocyanin and soluble egg antigen to differentiate acute and chronic human Schistosomiasis mansoni. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**. v.99(suppl.), p. 97-98, 2004
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Brasília 2008. (Série caderno de Atenção Básica nº 21
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde- FUNASA. **Controle da esquistossomose: manual de diretrizes técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde- FUNASA **Vigilância e controle de moluscos de importância epidemiológica**. Programa de vigilância e controle da Esquistossomose (PCE): diretrizes técnicas.. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde. No prelo 2007.
- FAVRE TC, et al. Avaliação das ações de controle da Esquistossomose implementadas entre 1977 e 1996 na área endêmica de Pernambuco, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** . v.34, n.6, p. 569-576, 2001
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades 2013**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=316555&search=|setubinha>
- KATZ N, Almeida K. Esquistossomose, Xistosa, Barriga d'água. **Ciência e Cultura** [periódico na Internet] v.55, n.1, p. [7 telas]. 2003Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0009-67252003000100024&nrm=iso>[acessado 25 dez. 2013];
- NEVES RH, et al. Morphological aspects of *Schistosoma mansoni* adult worms isolated from nourished and undernourished mice: a comparative analysis by confocal laser scanning microscopy. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz** v.96, n.7, p. 1013-1016, 2001
- RESENDE APC, et al. Internação hospitalar e mortalidade por Esquistossomose Mansônica no Estado de Pernambuco, Brasil, 1992/2000. **Cadernos de Saúde Pública**. v.21, n.5, p. 1392-1401, 2005

YOSHIOKA L, et al. Schistossoma mansoni: estudo da Patogenia da Linhagem de Santa Rosa (Campinas, SP, Brasil) em Camundongos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v.35, n.3, p. 203-207, 2002