



ELCILANE GOMES SILVA

**AÇÕES PREVENTIVAS DE SAÚDE PARA DOENÇAS INFECTO-PARASITÁRIAS
DE TRANSMISSÃO HÍDRICA, COM ENFOQUE NAS ENTEROPARASIToses,
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA ESPERANÇA II,
EM ANANIDEUA- PARÁ**

ANANINDEUA, PARÁ 2016.



ELCILANE GOMES SILVA

**AÇÕES PREVENTIVAS DE SAÚDE PARA DOENÇAS INFECTO-PARASITÁRIAS
DE TRANSMISSÃO HÍDRICA, COM ENFOQUE NAS ENTEROPARASIToses,
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA ESPERANÇA II,
EM ANANIDEUA- PARÁ**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA – como pré-requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientadora: Dra. Elaine Xavier Prestes.

ANANINDEUA, PARÁ 2016.

RESUMO

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA, no formato de portfólio. O TCC do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA é constituído pelas atividades do portfólio, sendo organizado em quatro capítulos e um anexo, a saber: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação, descrevendo peculiaridades importantes, para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários que tenham sido atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Doenças Parasitárias, Prevenção de Doenças, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	8
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	11
3.1 PUERICULTURA	11
3.2 PRÉ-NATAL	11
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	15
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	17
REFERÊNCIAS.....	19
ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇ.....	21

APRESENTAÇÃO

Este portfólio consta de casos, experiências, emoções e propostas sobre a saúde e a convivência com a comunidade do bairro do Coqueiro, em Ananindeua, Pará. O primeiro capítulo consistirá na introdução que contém: minha apresentação, com formação, breve histórico profissional e local onde estou atuando; uma contextualização da UBS, explicitando características da população que atendo, relatando as estruturas comunitárias disponíveis na área de abrangência que servem como rede de apoio (creches, escolas, ...), a abrangência da população atendida, diagnóstico da demanda da UBS (situações e/ou doenças mais atendidas), maiores prevalências dentro da área específica (medicina ou odontologia ou enfermagem) e outras particularidades; apresentação e justificativa do tema escolhido para o Projeto de Intervenção. No capítulo seguinte será exposta a abordagem de uma família específica, através de um genograma e um resumo sobre o plano terapêutico proposto para a mesma. Abordagem esta que representa as demais realizadas ao longo do ano na unidade de saúde. Seguindo para o terceiro capítulo, serão compartilhadas experiências e mudanças nas condutas na atenção básica, realizadas após os aprendizados com a especialização à distância, identificando práticas de puericultura, pré-natal ou saúde mental realizadas na Unidade de Saúde. O quarto capítulo descreve as práticas em relação a visitas domiciliares no que diz respeito aos acompanhamentos de pacientes crônicos, visitas em casos de doenças agudas, vigilância epidemiológica ou, ainda, visitas a pacientes que necessitem de ampliação da rede de apoio, tendo em vista a descrição e análise reflexiva sobre o processo de atendimento domiciliar, desde a forma como são agendadas as visitas, a realização da própria visita, o contato com os cuidadores e até a realização de procedimentos no domicílio. Seguindo, a conclusão reflexiva resume os sentimentos pessoais e as visões sobre a atenção básica no município de Ananindeua. Por fim, será apresentado o projeto de intervenção, que propõe tratar das principais AÇÕES PREVENTIVAS DE SAÚDE PARA DOENÇAS INFECTO-PARASITÁRIAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA, COM ENFOQUE NAS ENTEROPARASIToses, na ESF Nova Esperança II.

1. INTRODUÇÃO

Sou Elcilane Gomes Silva, médica formada em 2012 pela Universidade Federal do Pará, Especialista em Dermatologia pela Universidade do estado do Pará e Mestre em Doenças Tropicais pelo Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará. Atuo no município de Ananindeua-Pa, localizado na região metropolitana de Belém, distando cerca de 15km da capital, no Bairro do Coqueiro, na Estratégia Saúde da Família Nova Esperança II, localizada na RUA AIRTON SENNA, 30. Estou nesta ESF desde 06/04/2015 e pretendo permanecer os três anos do Programa.

A UBS está localizada em uma área de periferia, extremamente pobre, onde a população não conta com serviços de saneamento básico e nem pavimentação de ruas. A população local é muito carente, com um grande percentual de desempregados, com famílias inteiras sobrevivendo apenas com o auxílio do bolsa-família. Os grupos familiares são constituídos em média por 6 pessoas, onde na maioria das vezes, quando muito, apenas uma pessoa trabalha. As estruturas comunitárias são precárias. Nas proximidades do posto há apenas uma escola de educação infantil. As escolas de ensino fundamental e médio existentes são pertencentes a outra área de abrangência.

Atualmente, temos cerca de 3500 pessoas cadastradas na UBS, e as situações e doenças mais atendidas são as doenças infectocontagiosas, como as viroses e enteroparasitoses, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM). As doenças mais prevalentes são as infectocontagiosas, de transmissão hídrica e as transmitidas por vetores, visto que o saneamento local é quase inexistente. Outra condição sensível, é a questão da violência com altos índices de assaltos e homicídios. No próprio posto em que atuo, já houve tentativas de assalto, e não podemos ficar até muito tarde atendendo, pois às vezes em que os funcionários ficaram, foram vítimas ou presenciaram alguma situação de violência. Mesmo havendo notificação, o município sempre informa que a segurança é dever do estado.

O que chama a atenção também na área em questão é a precariedade da estrutura física da ESF em que atuo, dificultando reunir um grande número de pessoas para a realização de algumas atividades, por exemplo. Além disso, não possuímos computadores, nem geladeira e nem linha telefônica. No município de Ananindeua a principal causa de internações hospitalares são as doenças infecciosas e parasitárias

com cerca de 11.224 internações no ano de 2010, conforme dados do IBGE.

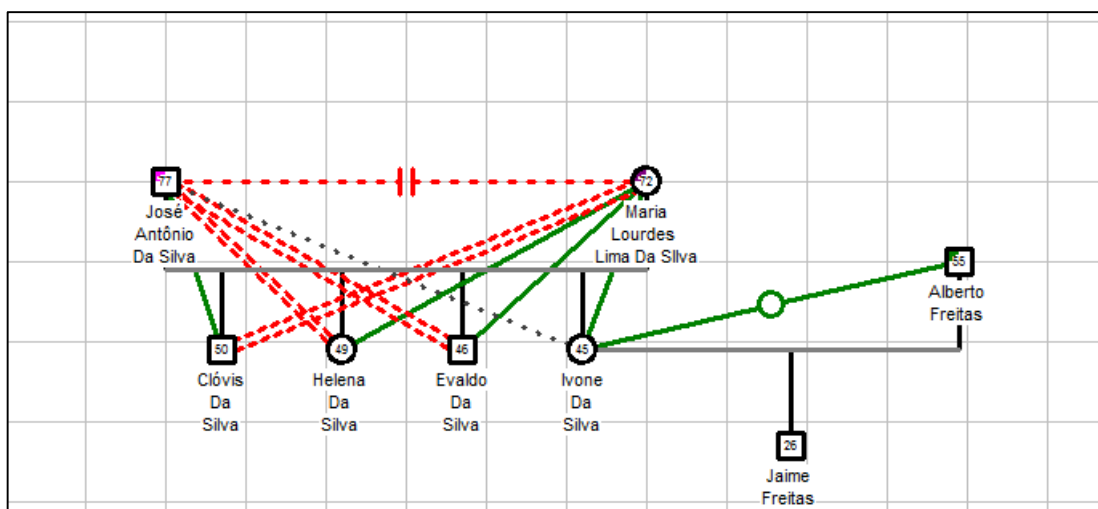
Para enfrentar esse quadro, ressalta-se o papel da integração das ações de controle com a atenção básica, através da adequada incorporação das rotinas de prevenção e controle nas equipes de saúde da família, respeitando-se as especificidades referentes à atuação de cada profissional envolvido nessas equipes. Nessa perspectiva, o principal propósito do meu projeto de intervenção, cujo tema é: "AÇÕES PREVENTIVAS DE SAÚDE PARA DOENÇAS INFECTO-PARASITÁRIAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA, COM ENFOQUE NAS ENTEROPARASIToses, NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA ESPERANÇA II, EM ANANIDEUA-PARÁ, é implementar para os usuários de saúde da ESF Nova Esperança II orientações sintéticas que devem ser adotadas como contribuição para o controle desse processo saúde-doença e redução dos níveis de morbimortalidade por enteroparasitoses.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Uma das situações de assistência mais prevalentes na Unidade em que atuo diz respeito a não adesão de terapia não medicamentosa e medicamentosa em alguns pacientes com doenças crônicas, bem como a existência de muitos conflitos familiares. Abordaremos aqui o caso de uma paciente diabética descompensada que aderiu parcialmente ao tratamento medicamentoso apenas, com um extenso conflito familiar. Feita abordagem familiar.

Relato da abordagem e programa de acompanhamento clínico de uma família atendida na ESF Nova Esperança II. A princípio o atendimento foi direcionado à queixa da Sra. Maria Lourdes Lima da Silva, 72 anos, porém suas comorbidades também foram abordadas e traçou-se um plano terapêutico para as mesmas. Foi possível abordar, também, seu esposo na atenção básica.

FIGURA 1 - GENOGRAMA DA FAMÍLIA ENVOLVIDA NO ATENDIMENTO MÉDICO



O casal não convive bem há 10 anos, desde que foi descoberta a relação extraconjugal do marido. Eles vivem sob o mesmo teto, mas não se relacionam. Em função disso, a relação com os filhos também foi afetada. O filho mais velho defende o pai e, assim, a mãe passou a ter comportamento diferente com o mesmo, com frequentes brigas. Os demais filhos, exceto a caçula, apoiam a mãe e repudiam o pai. A caçula é a única que mora com os pais e tem uma boa relação com a mãe e tenta ser indiferente com o pai.

- **Nome completo:** Maria Lourdes Lima da Silva
- **Sexo:** feminino
- **Idade:** 72 anos
- **Procedência:** Ananindeua
- **Estado civil:** casada
- **Profissão:** dona de casa
- **Hábitos de vida:** alimentação desequilibrada sedentarismo há mais de 20 anos.
- **Co-morbidades:** paciente diabética, tal condição patológica foi diagnosticada foi diagnosticada em 2008. Faz tratamento com Metformina 1500mg/dia e glibenclamida 5mg/dia.
- **História da doença prévia:** Refere que por volta dos anos de 2005 começou a apresentar quadro de poliúria, apresentar também polidipsia e parestesias acometendo membros inferiores.
- **Queixa principal:** “Urinar muito e febre nos pés”. Nega outros sintomas associados ou alergias medicamentosas.
- **Interrogatório sintomatológico dos demais aparelhos:** refere quadros de cefaleia frequentes, com sensação vertiginosa e astenia. Refere podipsia, poliúria e noctúria. Funções intestinais preservadas. Retorna para consulta de acompanhamento com hemoglobina glicada de 13,5%.
- **Sinais vitais e dados antropométricos:** Peso: 65,300 Kg
- **Altura:** 1,59 m
- **PA:** 130x80 mmHg10
- **Glasgow:** 15
- **Conduta:** Iniciada insulina NPH 13U pela manhã e 07u à noite, iniciada amitriptilina 25mg/dia, solicitada mamografia e PCCU, exames laboratoriais, encaminhada ao CAPS e orientado retorno para avaliação dos exames e ajustes das medicações, se forem necessárias.

- **Nome completo:** José Antônio da Silva
- **Sexo:** masculino
- **Idade:** 77 anos **Procedência:** Ananindeua **Estado Civil:** casado
- **Profissão:** pedreiro aposentado
- **Hábitos de vida:** histórico de tabagismo iniciado por volta dos 20 anos e interrompido aos 50 anos. Sedentarismo há 10 anos. O paciente foi a consulta após insistência do filho para realizar "check-up. Nega sintomas ou alergias medicamentosas. Funções de eliminação preservadas.
- **Sinais vitais e dados antropométricos:** Peso: 74,8 kg
- **Altura:** 1,68m
- **PA:** 120 X 70 mmHg
- **Glasgow:** 15
- À ectoscopia foi verificado uma lesão nodular em face, com 2 cm em seu maior diâmetro, de aspecto brilhoso e sangrante.
- **Conduta:** Encaminhado para realizar biópsia da lesão suspeita de Melanoma, solicitado exams laboratoriais, PSA e USG prostática, encaminhado para apoio psicológico pelo CAPS.
- **Obs:** Não foi realizado o toque retal por falta de material adequado.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

3.1 PUERICULTURA

Nos serviços de atenção básica, os profissionais que realizam o pré-natal frequentemente são os que seguirão acompanhando a família durante a puericultura da criança. Sendo assim, o vínculo entre a equipe de saúde e a família do recém-nascido (DEMOTT et al., 2006) para o acompanhamento da criança deve preferencialmente se iniciar pelo menos desde o pré-natal.

O nascimento de um bebê é um momento de transição-chave do ciclo de vida da família. Por tal razão, é muito comum o surgimento de dúvidas, inseguranças e questionamentos. A família deverá reconhecer a equipe de saúde como um ponto de apoio para a superação das dificuldades desta etapa (DEMOTT et al., 2006; BRASIL, 2004), que se constitui na necessidade de adaptação à presença de um novo ser no sistema familiar, da representação de novos papéis e do realinhamento de relacionamentos (CARTER; MC GOLDRICK, 1989).

Um exame físico completo deve ser realizado na primeira consulta de puericultura (BRASIL, 2004). É consenso que o exame físico e seus achados devem ser descritos e compartilhados com os pais, como forma de facilitar-lhes a percepção das necessidades do bebê (DEMOTT et al., 2006). Na unidade em que atuo, há um dia específico para a puericultura e geralmente conseguimos desenvolver bem nossas atividades.

A dificuldade encontrada aqui é a periodicidade das consultas, pela grande demanda de crianças cadastradas na unidade e pela própria cultura local, que acredita que a criança só deve ser levada ao médico quando doente. Não dispomos de vacinas na unidade, e por vezes, as mães encontram algumas dificuldades em encontrar algumas vacinas em alguns postos.

3.2 PRÉ-NATAL

A assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação – “Vaga sempre para gestantes e bebês”, regulação

dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade), além da qualificação da assistência ao parto (componente de parto e nascimento – humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco – ACCR), são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

- Até 28^a semana – mensalmente;
- Da 28a até a 36a semana – quinzenalmente;
- Da 36a até a 41a semana – semanalmente.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto. Quando o parto não ocorre até a 41a semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.

Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas.

O pré-natal de baixo risco é realizado rotineiramente na unidade em que atuo, com algumas deficiências. Normalmente as gestantes consultam-se mais de 6 vezes, no entanto até o mês anterior, nossa equipe estava sem enfermeira, o que sobrecarregava o trabalho médico, pois nenhum outro membro da equipe realizava cadastro de pré-natal e a carteira da gestante. O principal problema encontrado aqui, diz respeito a realização dos exames. A maioria das gestantes não consegue realizar pelo SUS os exames nos trimestres adequados.

Não conseguem realizar as sorologias para Toxoplasmose, rubéola e citomegalovírus, a não ser que realizem no sistema privado! Não conseguem realizar os exames ultrassonográficos, pois com a demora na marcação dos mesmos, muitas até pariram quando este exame é autorizado.

Não há também coleta de preventivo, nem realização de testes rápidos e nem vacinação na estratégia em que atuou.

3.3 SAÚDE MENTAL

Na construção da atenção integral, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas: ser base, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de Saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, assim como as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais; ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de Saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Abaixo, apresentamos algumas ações que podem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Básica, nos mais diversos dispositivos de cuidado (CHIAVERINI, 2011):

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.
- Exercer boa comunicação.
- Exercitar a habilidade da empatia.
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas

- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga.
- 🏠 Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

Na unidade em que atuo, acredito que o maior problema dentre as três políticas, está na saúde mental, uma vez que é grande o número de usuários e pouca a retaguarda. A unidade em que atuo, não é coberta por nenhum NASF, além de não possuir medicações básicas para a atenção a saúde mental. Não temos um espaço de acolhimento a estes pacientes.

Além disso, muitas vezes, somos meros repetidores de receitas controladas, pois estes pacientes, muitas vezes recebem alta dos CAPS sem estarem adequadamente controlados, e nunca mais conseguem retornar aos mesmos, dessa forma, ficamos com pacientes descompensados, com anos fazendo as mesmas medicações e sem termos a experiência necessária para a suspensão ou substituição de tais medicações.

Além do mais, nossos pacientes não conseguem realizar atividades de reintegração social, pois no município não há um local adequado para tal.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

As visitas domiciliares a pacientes cadastrados na Estratégia Saúde da Família Nova Esperança II mostraram-se fundamental para a proposta de integralidade da atenção à saúde. Os pacientes são portadores de patologias crônicas incapacitantes, acamados ou idosos com extrema dificuldade de locomoção, com as quais o deslocamento ao posto de saúde se tornaria uma dificuldade a mais no seu processo de tratamento e até geraria custos extras aos cuidadores, visto que seria necessário pagar pelo transporte até a unidade. Além destes, também são visitados pacientes portadores de doenças agudas ou mesmo pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos ou vítimas de trauma ou acidentes de trânsito.

Foi destinado o período das manhãs de quintas-feiras para a realização das visitas domiciliares aos pacientes cadastrados. No geral, as visitas obedecem uma sequência em relação as microáreas dos agentes comunitários de saúde: pacientes das microáreas 1, 2, 3, etc. Essa ordem pode ser alterada caso haja necessidade de uma visita mais urgente. Comumente realizamos procedimentos de verificação de peso e aferição de PA. Não há glicosímetro na nossa ESF. Outro procedimento realizado pela enfermeira são alguns curativos mais especializados.

Apesar das limitações e dificuldades impostas por questões de acesso às moradias, foi possível contorná-las com transporte particular, que embora demandasse um maior investimento pessoal e financeiro, foi fundamental para que as atividades fossem produtivas. Por vezes, nas áreas de maior insegurança íamos andando a realizar estas visitas.

A diferença que foi feita na percepção de saúde e na qualidade de vida dos pacientes foi, sem dúvida, algo muito gratificante. Durante as visitas, muitas dificuldades foram encontradas, como por exemplo, a falta de acompanhamento dos agentes de saúde com os pacientes classificados como necessitados de Atendimento domiciliar.

Esta problemática foi encarada arduamente e hoje podemos visualizar mais compromisso por parte dos que estão mais próximos dos doentes, os agentes de saúde. Outra questão foi a ausência dos cuidadores no momento da visita. Em certas situações, os mesmos não se encontravam apesar das visitas serem agendadas antecipadamente e com o aval deles. Isso causava certo problema, na medida em que

os outros familiares não sabiam responder sobre o paciente, sobre medicações e queixas. Isso gerava uma visita improdutiva e resultava em novo agendamento de visita para continuar a consulta. Fato importante merece destaque sobre o tema.

A aproximação que a visita domiciliar é capaz de gerar entre a equipe de saúde e a família é incrível. É um momento em que é possível avaliar as condições de higiene e preparo dos alimentos, as condições de moradia e limpeza da casa, a forma como a família convive, enfim, é uma maneira excelente de concluir muitas coisas sobre o paciente e família, o que pode contribuir, e muito, para a identificação de problemas e agravos à saúde e colaborar na terapêutica e acompanhamento familiar.

A visita domiciliar também é um instrumento de orientação e educação em saúde. É possível identificar possíveis focos de mosquitos transmissores de doenças, possíveis cômodos inadequadamente organizados para idosos ou crianças.

Enfim, a visita domiciliar é uma grande conquista da atenção básica, que apesar de suas limitações e muitas vezes, sua exposição dos funcionários da ESF a áreas de riscos a segurança, deve ser preservada e buscada sua prática da melhor forma possível e com a empatia necessária para qualquer relação médico-paciente.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Exercer a medicina de família e comunidade na estratégia saúde da família Nova Esperança II esta sendo uma oportunidade de compreender o dinamismo e a integralidade das ações em saúde, bem como acompanhar de perto as dificuldades do SUS. A equipe de saúde teve sua ação limitada, na medida em que o município não oferece estrutura adequada para a prática da atenção básica completa, satisfatória. O bairro fica em uma área de risco, com muitos casos de violência, e a equipe de saúde não recebe nenhum apoio, por exemplo, durante as visitas domiciliares, um momento em que esta mais vulnerável à ação dos meliantes.

Ainda assim, as visitas domiciliares são realizadas semanalmente, mesmo colocando a equipe em risco, e isso demonstra a boa intenção e vontade dos funcionários de colaborar para o funcionamento da atenção básica, em todas as suas vertentes. A estrutura física comprometida e a carência de medicamentos eram constantes. As problemáticas ainda presentes na infraestrutura brasileira se apresentam em um expoente por vezes contundente, aumentando a necessidade da população de um serviço de atenção à saúde que possa modificar tal condição em longo prazo. A infraestrutura sanitária se mostrou deficitária, em que parcela considerável da população não possui acesso à água potável e não possui um sistema adequado de destino aos dejetos. E isso se reflete diretamente na saúde da comunidade, com infecções intestinais frequentes, parasitoses constantes e saúde global comprometida.

A proposta de uma ação integrada e continuada é exercida em todos os perfis de paciente, respeitando-se as diferentes características e necessidades. Os diversos programas da atenção básica, como, planejamento familiar, puericultura, atenção pré-natal, programas para pacientes com hipertensão e diabetes são excelentes formas de se por em prática protocolos diferenciados.

O planejamento familiar, por exemplo, permitiu acompanhar desde o início do desejo da gestação, até o final dela, fazendo com que os laços de amizade entre paciente e médico fossem criados e estreitados a cada consulta de pré-natal.

Propostas de ações que vão além dos atendimentos nos consultórios, como palestras, busca ativa de sintomáticos, visitas domiciliares e capacitações mostraram-se muito produtivas. O convívio diário com a comunidade também permitiu observar o quanto o estilo de vida influencia na saúde, saindo da teoria e observando na prática.

Foi possível reverter muitos casos de pré-diabetes, com orientação a cerca da alimentação e a prática regular de atividade física. E a cada consulta de retorno, ver a satisfação do paciente ao dizer que conseguiu o objetivo traçado, num primeiro momento, é extremamente recompensador. No entanto, houve momentos de fraqueza, momentos em que o cansaço físico e mental resultou em rendimentos e comportamentos inadequados, e “lutar” contra isso era o treino diário.

A rotina na atenção básica não é fácil, lidamos diretamente com as insatisfações e frustrações dos usuários do SUS, muitas vezes, somos nós que ouvimos seus desabaços e reclamações, e apesar disso, o exercício diário de compreensão e paciência com o próximo é a lição mais importante que levo dessa experiência chamada: Atenção básica no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: Editora MS, 2004.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 4 maio 2016.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora MS, 2009.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal . 2. ed. Brasília, DF: 2004b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <www.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/04_0808_M1.pdf>. Acesso em: 7 maio 2016.
5. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 10 jun. 2016.
6. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal : manual técnico. 3. ed. Brasília, 2000.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2007.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil . In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2005.
9. CARTER, B.; MC GOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre: Artmed, 1989.
10. CHIAVERINI, D. H. Guia Prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
11. DEMOTT, K. et al. Clinical guidelines and evidence. Review for post natal care: routine post natal care of recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Center For Primary Care And Royal College of General Practitioners. 2006. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=30146>>. Acesso em: 10 de Fevereiro de 2016.
12. COMTE, M. et al. Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. Boletim da Saúde , Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 59-77, 2004.
13. DIAS, J. Cet al. Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 341-348, 2003.
14. FREITAS, Fernando et al. Rotinas em obstetrícia . 5. ed. Artmed, 2006.
15. MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). Reforma Psiquiátrica no cotidiano II . São Paulo: Hucitec, 2007. p. 25-37.

16. NEME, B. (Coord.). Obstetrícia básica. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2005.
17. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria. 2006. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br>>. Acesso em: 4 maio 2012.

ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

ELCILANE GOMES SILVA

**AÇÕES PREVENTIVAS DE SAÚDE PARA DOENÇAS INFECTO-PARASITÁRIAS
DE TRANSMISSÃO HÍDRICA, COM ENFOQUE NAS ENTEROPARASIToses,
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA ESPERANÇA II,
EM ANANIDEUA- PARÁ**

ANANINDEUA, PARÁ 2016.

1. INTRODUÇÃO

No mundo, as infecções por protozoários e helmintos intestinais afetam 3,5 bilhões de pessoas, promovendo a doença em aproximadamente 450 milhões (OMS, 2006). No Brasil, a ampla diversidade das características socioeconômicas, climáticas e geográficas tem sido apontada como fator crítico para o perfil dos agentes etiológicos na diarreia, modelando assim a frequência destes diferentes enteropatógenos (CIMERMAN, CIMERMAN & LEWI, 1999).

Ananindeua é um município brasileiro localizado no estado do Pará, distante cerca de 19 km da capital do estado. Localizado na Região Metropolitana de Belém, é o segundo município mais populoso do estado, e o terceiro da Região Amazônica. Sua população é estimada em 499.776 habitantes, segundo o IBGE. No município de Ananindeua a principal causa de internações hospitalares são as doenças infecciosas e parasitárias com cerca de 11.224 internações no ano de 2010, conforme dados do IBGE.

As enfermidades infecciosas e parasitárias são responsáveis por mais de 34% das doenças que ocorrem em crianças de um a quatro anos. É provável que as parasitoses diminuam o rendimento escolar das crianças e a capacidade de trabalho dos indivíduos adultos. Por este motivo, elas passaram a ser uma preocupação de saúde pública. Esta preocupação tem sido tanta que está modificando o pensamento das autoridades sanitárias, em relação ao tratamento medicamentoso em massa. Como é mais dispendioso melhorar as condições de saneamento e mais difícil mudar a atitude das pessoas, tratar maciçamente os infectados parece ser a melhor opção (ANDRADE NETO, RAMOS FILHO & FERREIRA, 1996).

A alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias de transmissão hídrica deve-se às condições desfavoráveis de higiene e saneamento. Nos países em desenvolvimento, a grande prevalência das parasitoses intestinais ocorre porque os benefícios do saneamento não atingem toda a população, nem a das grandes cidades nem a das áreas rurais. Além das condições socioeconômicas não ideais, que favorecem o aparecimento das enteroparasitoses, a SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) tem contribuído para o surgimento de outras doenças intestinais, as quais são determinadas por protozoários de pouca patogenicidade (COOK, 1988).

As enteroparasitoses são transmitidas na grande maioria das vezes por via oral, por meio da ingestão de água ou alimentos contaminados com formas parasitárias. O homem sadio adquire a infecção ao ingerir água e alimentos contaminados por fezes humanas, que possuem os agentes etiológicos (SCHNACK *et al*, 2003). O avanço na área dos medicamentos antiparasitários, por si só, não tem sido suficiente para uma reversão do quadro. É preciso que seja feito também, um programa educacional que vise à mudança dos hábitos de higiene, principalmente das populações de baixo poder econômico.

Mesmo tendo ocorrido avanços no tratamento e no diagnóstico nos últimos anos, as enteroparasitoses continuam sendo um significativo problema de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento. Além disso, as ações de controle ainda apresentam restrições frente à infraestrutura de saneamento básico, bem como pela falta de projetos educacionais, que elucidem a população. Apesar da presença de parasitoses intestinais não estar diretamente associada a distúrbios gastrointestinais, a presença destes agentes pode conduzir a novos casos, visto que estas crianças podem funcionar como portadores e, portanto, fonte de contaminação. Este estudo sugere, portanto, que um programa de educação continuada envolvido com a prevenção e tratamento das infecções parasitárias seja uma medida fundamental para a sua erradicação.

2. PROBLEMA

Precariedade de ações de medicina preventiva relacionadas às enteroparasitoses na ESF Nova Esperança II, em Ananindeua (PA)

3. JUSTIFICATIVA

Apesar da redução na mortalidade pelas doenças infecciosas e da diminuição significativa na morbidade por um conjunto importante dessas doenças, ao mesmo tempo, em outra direção, configura-se, no Brasil, um quadro que, além de expor as frágeis estruturas ambientais urbanas do país, que tornam as populações vulneráveis a doenças que pareciam superadas, amplia a já alta carga de doenças da população (BRASIL, 2010).

Entende-se que a melhoria da qualidade da assistência médica, principalmente no que diz respeito ao correto diagnóstico e tratamento dos pacientes, associada ao encaminhamento e adoção das medidas de controle indicadas em tempo hábil, desempenham importante papel na redução de uma série de doenças infecciosas e parasitárias.

Para enfrentar esse quadro, ressalta-se o papel da integração das ações de controle com a atenção básica, através da adequada incorporação das rotinas de prevenção e controle nas equipes de saúde da família, respeitando-se as especificidades referentes à atuação de cada profissional envolvido nessas equipes. Nessa perspectiva, o principal propósito deste projeto é implementar para os usuários de saúde da ESF Nova Esperança II orientações sintéticas que devem ser adotadas como contribuição para o controle desse processo saúde-doença e redução dos níveis de morbimortalidade por enteroparasitoses.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Implementar ações de medicina preventiva sobre as enteroparasitoses em uma unidade de saúde;

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os indivíduos portadores de enteroparasitoses;
- Tratar os portadores de parasitoses intestinais;
- Adotar medidas preventivas para o controle de enteroparasitoses de transmissão hídrica, como o tratamento correto da água, orientação quanto a ingestão e manipulação de alimentos;
- Reduzir a morbimortalidade associada à doença por meio da implantação das medidas de prevenção e atenção adequada aos indivíduos acometidos;
- Divulgar aos órgãos competentes este projeto, para adoção de medidas relacionadas ao saneamento básico e ao abastecimento de medicamentos básicos necessários para os tratamentos das enteroparasitoses.

5. REVISÃO DE LITERATURA

Um dos principais problemas de saúde pública na população mundial consiste nas doenças originadas de parasitos intestinais, que contribuem para elevadas taxas de morbidade e mortalidade principalmente nos países em desenvolvimento (ROCHA, 2008; DAGCI *et al*, 2008) . Estima-se que nestes países aproximadamente um terço da população viva em condições ambientais que facilitam a disseminação de infecções parasitárias (SOLDAN *et al*, 2006). As crianças são um grupo de alto risco para infecções por parasitos intestinais (GURGEL *et al*, 2005), pois podem entrar em contato com estes desde poucos meses de vida (COULTER, 2002).

Estudos que buscaram correlação positiva entre a presença das doenças parasitárias intestinais e o gênero da criança e presença da doença e a faixa etária durante este período de vida têm apresentado resultados inconclusivos (POVOA *et al*, 2000; ZAIDEN, 2006). Ademais, tem-se constatado que a água de boa qualidade em creches contribui para prevenção de enteroparasitos, sendo essa prevenção potencializada quando está associada a uma rede de esgoto equivalente (KOMAGOME, 2007)

A parasitose intestinal pode ser classificada, de forma simples, em doenças por helmintos e por protozoários. Os helmintos se dividem em: *Nematelmintos* (vermes cilíndricos): *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*, *Enterobius vermicularis*, *Trichuris trichiura* e *Strongyloides stercoralis*; *Platelmintos* (vermes chatos) – Céstodeos *Taenia saginata*, *Taenia solium* e *Hymenolepis nana*; Trematódeo: *Schistosoma mansoni*. Os protozoários que mais frequentemente provocam doenças são: *Entamoeba histolytica* (amebíase), *Giardia lamblia* (giardíase), *Balantidium coli* (balantidíase), *Isospora belli* (isosporidíase), *Cryptosporidium sp.* (criptosporidíase), *Microsporidium sp.* (microsporidíase), *Dientamoeba fragilis* (dientamebíase), *Blastocystis hominis* (blastocitose). (ANDRADE NETO, RAMOS FILHO & FERREIRA, 1996).

O conhecimento da morfologia dos vermes pode ser útil para identificá-los, quando descritos pelos pacientes. O *Ascaris* é, por exemplo, esbranquiçado, cilíndrico, e mede 15-45cm. Por sua vez o *Enterobius* é cilíndrico, branco, medindo 8-12mm. A *Taenia saginata* elimina os proglotes, que são fragmentos achatados dotados de movimentos.

O diagnóstico de certeza é feito pela coproscopia, isto é, pela visualização de ovos, larvas ou parasitos nas fezes (GASPARINI, 1995). Segundo Andrade Neto, Ramos Filho & Ferreira, 1996, os métodos mais utilizados para realizar os exames parasitológicos são:

- *Lutz*: é a sedimentação espontânea dos ovos nas fezes. É adequado para "ovos pesados", como do *Ascaris* (inférteis), do *Schistosoma* e do *Trichuris*;
- *Faust*: é a flutuação de "ovos leves" em solução de zinco. Como exemplo de ovos leves temos: *Ascaris* (ovos férteis), *Ancylostoma*, *Necator*, *Hymenolepis*, *Trichuris* e cistos de *Giardia* e *Entamoeba*;
- *Baermann*: é a visualização de larvas vivas, estimuladas pelo calor brando. É apropriado para fazer o diagnóstico de larvas de *Strongyloides*;
- *Fita de Graham*: é a aplicação de fita gomada, transparente, na região perianal com posterior observação ao microscópio. Está indicada na enterobíase.

Ao se abordar o tratamento das enteroparasitoses, deve-se considerar a possibilidade de existência de mais de um enteroparasita em um indivíduo e, por isso, dar preferência ao uso de medicação de efeito polivalente (GASPARINI, 1995). A eventual infecção em outros membros da família e a necessidade de se executar medidas preventivas contra a reinfecção devem, também, ser consideradas. É prudente pesquisar a existência de infecção por *S. Stercoralis*, pois ela pode se disseminar, na vigência de um tratamento imunossupressivo (DAVIDSON, 1984). Nas infecções por vários vermes, o *Ascaris* deve ser tratado primeiro, uma vez que algumas drogas podem ativar a sua capacidade migratória (CUNHA, 1978).

- HELMINTÍASES
- ASCARIDÍASE
- ETIOLOGIA

A Ascaridíase é a infecção parasitária de maior prevalência que infecta o homem. É bem possível que 25% da população do mundo esteja infectada (ANSARY, 1990). É causada pelo *Ascaris lumbricoides*, vulgarmente conhecido como lombriga (BINA, 1991). O *Ascaris lumbricoides* é um nematelminto da classe dos nematoides, pertencente à família *Ascaridae* e a subfamília *Ascarinae*; por estas razões ele possui um corpo cilíndrico-fusiforme, um aparelho digestivo completo e se apresenta em sexos separados, machos e fêmea (PESSOA & MARTINS, 1982). É o maior nematoide parasito do intestino do homem. O macho mede, geralmente, de 15-30cm de comprimento, e a fêmea, de 35-40cm, alcançando raríssimas vezes, até 48cm (JESUS PEDRO, 1989).

Vivem normalmente à luz do intestino delgado, tendo sido encontrados algumas vezes na cavidade gástrica. Erraticamente, podemos encontrá-los no canal do colédoco, no ducto pancreático, no apêndice cecal, na trompa de Eustáquio, no divertículo de Merckel, na fossa lacrimal e também na traquéia, laringe e brônquios (AKIMOTO, 1950). A cadeia epidemiológica pode ser resumida do seguinte modo: o homem infectado contamina o solo, indivíduos sadios se infectam pela água e pelos alimentos contaminados.

AÇÕES PREVENTIVAS DE SAÚDE

Uma das medidas fundamentais na profilaxia da ascaridíase é o saneamento básico, através da construção de rede de água e esgoto, para se dar um destino adequado aos dejetos humanos. Por se tratar de uma medida que exige grandes recursos econômicos e financeiros, ela é de difícil execução, na maioria das regiões de alta prevalência (ANDRADE NETO, RAMOS FILHO & CARNEIRO FILHO, 1996).

A educação sanitária, especialmente das crianças, é outra providência a ser considerada, pois são elas que poluem os terrenos em volta de suas casas, constituindo desta maneira os microfocos peridomiciliares de helmintose (PEREIRA *et al*, 1991). A desinfecção do peridomicílio, bem como dos alimentos que se ingerem crus e também o tratamento da água, são outros procedimentos importantes a serem empregados (ANDRADE NETO, RAMOS FILHO & CARNEIRO FILHO, 1996).

Apesar da grande resistência apresentada pelos ovos de *Ascaris lumbricoides* no meio externo, helmintologistas de renome consideram a sua viabilidade pequena.

Em vista disso, os peritos da OMS preconizam o tratamento em massa das populações, como medida relevante e mais importante na profilaxia da verminose.

Este tratamento deve ser realizado tantas vezes quanto possível, até que se consiga a esterilização completa do solo, antes poluído, e vir acompanhado obviamente de outras medidas, como saneamento básico, e especialmente, educação sanitária das coletividades (WHO, 1987).

a. ANCILOSTOMÍASE

ETIOLOGIA

Os agentes causais da ancilostomíase pertencem à família *Ancylostomidae* da classe *Nematoda*. Duas espécies são de maior interesse médico, porque parasitam o homem: o *Necator americanus* e o *Ancylostoma duodenale*, vermes que se encontram no intestino delgado, principalmente no duodeno, podendo entretanto se alojar no jejuno e íleo proximal (PESSOA & MARTINS, 1973). Os ancilostomídeos são helmintos cilíndricos, afilados nas extremidades, que apresentam cápsula bucal capaz de se fixar nas vilosidades do intestino humano, onde provocam dilacerações dos tecidos, sugando-os juntamente com o sangue do hospedeiro. A cápsula bucal do *Necator americanus* possui lâminas cortantes circundando a margem da boca, enquanto o *Ancylostoma duodenale* apresenta dois pares de dentes (REY, 1973).

Os vermes adultos do *Necator americanus* são menores que os do *Ancylostoma duodenale*: os machos medem 7 e 9mm, enquanto as fêmeas medem 9 e 11mm de comprimento, respectivamente. (Ibid). A exposição humana ocorre quando as larvas infectantes entram em contato com a pele das pessoas que andam descalças sobre o solo contaminado. Geralmente, a penetração se dá através dos pés, pelos espaços interdigitais, folículos pilosos ou por baixo da camada escamosa da epiderme. As larvas filarióides penetram nas vênulas, linfáticos, passando para a corrente circulatória, alcançando o coração, de onde são levadas para os pulmões, estabelecendo-se a fase pulmonar, com a presença de nova muda. Alojadas nos pulmões, atingem os alvéolos, emigrando pelas vias aéreas no sentido ascendente: árvore brônquica, traquéia, passando pelo tubo digestivo até o intestino delgado, onde completam

o ciclo evolutivo, tornando-se vermes adultos, que se fixam à parede intestinal e, após seis a sete semanas, começam a produzir ovos. A vida média do verme adulto é de um a dois anos. A infecção humana pode ocorrer também através da via oral, quando os ovos ou larvas são ingeridos com água ou alimentos contaminados (SOUZA, SOUZA, NEVES, 1991).

ALÇÕES PREVENTIVAS DE SAÚDE

Teoricamente é possível eliminar ou reduzir a transmissão desta verminose, adotando-se um conjunto de medidas preventivas, que envolve fundamentalmente: melhoria das condições sanitárias, educação sanitária continuada e o tratamento de todos os indivíduos infectados, com a finalidade de impedir a contaminação do solo por fezes humanas (GAMBOA, 1980). Porém, o combate à desnutrição se inclui como meta prioritária em qualquer plano de controle das parasitoses em geral, porque a associação de infecções e imunodeficiências neste grupo populacional constituem as principais causas de óbitos nos países subdesenvolvidos (ANDRADE NETO, RAMOS FILHO & FERREIRA, 1996).

A elaboração de um programa de saneamento básico com melhoramento ambiental, através da implantação de abastecimento de água e rede de esgotos nos grandes centros, e instalação de latrinas nas zonas rurais, como também a construção de moradias condignas à sobrevivência humana, ajudariam substancialmente para a redução dos índices parasitários (OMS, 1963). As observações às normas da educação sanitária e da higiene pessoal são pilares na saúde pública para qualquer programa de prevenção. A capacidade de estabilidade das populações de ancilostomídeos, proporcionada pelas condições ideais encontradas no ambiente hospedeiro, em princípio inviabiliza propostas de tratamento em massa, como estratégia de controle. A administração dos anti-helmínticos não erradica a infecção, mas reduz a níveis toleráveis (GAMBOA, 1980).

Nenhuma das medidas preventivas concretamente surtirá resultados positivos se não houver engajamento dos órgãos governamentais para a execução de projetos amplos, na eliminação do estado de pobreza e miséria das populações dos países em desenvolvimento, que apresentam índices crescentes destas enfermidades.

b. ENTEROBÍASE

ETIOLOGIA

A enterobíase é a parasitose determinada pelo *Enterobius vermicularis* ou *Oxyurus vermicularis*, de localização preferencial no ceco, apêndice, cólon e reto, onde determina sua principal manifestação clínica, que é o prurido anal (LEVI, 1970). É um verme delicado, pequeno, filiforme e branco, semelhante a um fio de linha branca. O macho mede entre 3 e 5mm e tem a cauda recurvada sobre o ventre; a fêmea, maior, mede entre 8 e 12mm, apresenta a cauda afilada e possui dois úteros que se enchem de ovos, de modo que ao fim de certo tempo a fêmea grávida se apresenta como um saco cheio de ovos. As fêmeas põem cerca de 11000 ovos, vivem em média de 20 a 60 dias e o tempo entre a ingestão ou inalação do ovo e o amadurecimento sexual, com eliminação de ovos viáveis, é de 30-50 dias (MEJIAS, 1993).

Os ovos raramente são encontrados nas fezes porque a fêmea grávida migra do ceco para a região anal, onde faz a postura de ovos embrionados. Cerca de seis horas após a postura, os ovos torna-se maduros e infectantes, e assim permanecem por 20 dias. As infecções e reinfecções fazem, portanto, facilmente, através das mãos que coçam a região anal, perianal e perineal, e posteriormente são levadas à boca do próprio hospedeiro; ingerindo ovos, estes liberam no duodeno as larvas rhabditoides, que sofrem duas mudas até atingirem o intestino grosso, onde adquirem a maturidade. O enteróbio é parasito exclusivo do homem (ibid).

AÇÕES PREVENTIVAS DE SAÚDE

A medida mais importante é o tratamento dos indivíduos parasitados, com o que estaremos eliminando as fontes de infecção. Paralelamente, são necessárias as práticas de higiene pessoal, principalmente com as mãos.

c. TRICOCEFALÍASE

ETIOLOGIA

A tricocefalíase é a doença causada pelo parasitismo do *Trichocephalus trichiurus* ou *Trichuris trichiura*, nematoide localizado no intestino grosso, principalmente ceco e apêndice. Afeta cerca de 500 milhões de pessoas no mundo, principalmente crianças. Os tricocéfalos são nematoides pertencentes à superfamília *Trichineloidea*, família *Trichocefalidae*, subfamília *Trichocefalinae*, com um único gênero e espécie de interesse médico, *Trichocephalus trichiurus* ou *Trichuris trichiura* (PESSOA, 1974).

O Tricocéfalo é um helminto de tamanho médio, o macho medindo até 4 cm e a fêmea entre 4 e 5 cm. O corpo apresenta sua porção anterior muito afilada – daí o nome *Trichocephalus* – e a porção posterior mais dilatada. O verme macho apresenta-se enrolado em espiral para o lado ventral. As fêmeas põem entre 3.000 e 10.000 ovos, que são eliminados junto com as fezes. Sendo o tricocéfalo um geo-helminto, no solo o ovo permanece entre 15 e 20 dias para embrionar e, assim, tornar-se infectante (YOSHIKAWA & TURNER, 1980).

O homem se contamina ao ingerir ovos embrionados, cujas larvas escapam da casca, na porção superior do intestino delgado. Penetram nas vilosidades intestinais, permanecem aí por cerca de três a 10 dias, onde sofrem algumas mudas, dirigindo-se então lentamente para o ceco e cólon ascendente; atingindo a maturidade sexual, começam a oviposição entre um a três meses de infecção. Vivem em média 15-20 anos (Pessoa, 1974).

AÇÕES PREVENTIVAS DE SAÚDE

Como nas demais geo-helmintíases, o tratamento sanitário das matérias fecais é de fundamental importância, ao lado da educação para a saúde, visando objetivamente às crianças disseminadoras e vítimas dessa helmintíase.

Recentemente Bundy *et al*, demonstraram que populações infectadas com tricocéfalo são mais difíceis de ser controladas pelo tratamento em massa do que populações com ascaridíase.

d. PROTOZOÓSES

i. AMEBÍASE

ETIOLOGIA

Amebíase é uma infecção causada no ser humano pelo protozoário parasito *Entamoeba histolytica*. É uma das formas mais primitivas de protozoário, sendo extremamente frágil, pleomórfica e sensível a mudanças de temperatura. Pertence a um grupo maior de amebas, da família Entamoebidae, que são parasitos comuns da nossa espécie. Integra o grupo das Entamoebas, ou amebas interiores, porque geralmente são encontradas no interior de animais vertebrados (MARTINEZ- PALOMO, 1988).

E. histolytica encontra-se distribuída amplamente em todo o mundo. Sua prevalência é maior nos países das zonas tropicais e subtropicais, onde a população é carente e é baixo o nível de saneamento (STAUFFER & RAVDIN, 2003). Porém, a crescente migração de pessoas de países em desenvolvimento para países desenvolvidos favoreceu a disseminação do parasito por todo o mundo. Há grande quantidade de pessoas infectadas em regiões frias, como o Canadá, norte dos Estados Unidos e Europa. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, mais de 100 mil indivíduos morrem anualmente vitimados pela doença, o que a torna a segunda principal causa de morte por infecção provocada por protozoário parasito (WHO, 1997; STANLEY, 2003).

O homem se infecta ingerindo a forma cística madura contida em alimentos, água ou por qualquer tipo de contato fecal-oral. Também são possíveis formas menos usuais de transmissão, incluindo o sexo anal e oral e equipamentos de lavagem intestinal contaminados (CORDEIRO & MACEDO, 2007).

AÇÕES PREVENTIVAS DE SAÚDE

Silva et al (2005) relatou que embora existam tratamentos eficazes contra a

amebí- ase ainda sim não é suficiente para reduzir os índices de mortalidade nos locais endêmicos. Isso devido à falta de condições adequadas de moradia, saneamento básico e precariedade no abastecimento de água potável, falta de alimentação adequada e ignorância nos princípios básicos de higiene pessoal.

De acordo com Souto (2005) ainda são utilizados adubos provenientes de fezes de vários animais, tornando o alimento orgânico mais suscetível à contaminação por microrganismos patogênicos, visto que nas fezes de animais, freqüentemente, estão presentes bactérias responsáveis por surtos de toxinfecção alimentar, assim como helmintos e protozoários causadores de diversas patologias humanas. Como prevenção a estes fatos deve-se orientar os produtores rurais a utilizarem esterco que tenham sido submetidos a processos de tratamento adequados, para inativação e remoção de enteropatógenos (Digestão termofílica seguida de secagem prolongada; estabilização após diluição em água).

Coura (2008) afirmou que além do saneamento básico e da educação sanitária os homossexuais devem ser orientados a fazer a profilaxia com o uso de preservativos (camisinha) e o tratamento específico da doença. Além dessas providências deve ser transmitido conhecimentos dos meios e maneiras de contaminação da amebíase e de como evitá-las usando preceitos indispensáveis de higiene pessoal, tais como: não ingerir água e alimentos suspeitos, deve-se observar os métodos de filtração da água, pois alguns métodos não são eficientes para acabar com as amebas. Já o método de filtração por areia remove quase todos os cistos de ameba, porém não é tão eficiente quanto o método de filtração por diatomáceas, pois este remove por completo as amebas (COURA, 2008).

Coura (2008) orientou que utilização do cloro não é eficiente para a desinfecção da água, pois não mata os cistos. Para desinfecção de pequenas quantidades de água prescreve-se a tintura de iodo na quantidade de oito gotas de tintura de iodo a 2% para 250 ml de água ou 12,5 ml por litro de solução aquosa saturada de cristais de iodo ou ainda tabletes de hidroperiodide de tetraglicina (um tablete por quarto de litro), durante 10 minutos (em temperaturas muito frias, esperar 30 minutos para a desinfecção).

Silva et al (2005) recomendou que se deva manter sanitários limpos, a lavar as mãos antes das refeições e após a defecação, os manipuladores de alimentos devem lavar bem as verduras e legumes, orientar a população rural a não utilizar.

e. GIARDÍASE

ETIOLOGIA

A *Giardia intestinalis* (*Giardia duodenalis*, *Giardia lamblia*) é um protozoário da porção superior do intestino delgado. É um parasite cosmopolita que ataca ambos os sexos, sendo mais comum em crianças. No Brasil, a prevalência desta parasitose é de aproximadamente 28,5%. Constitui causa muito frequente de doença diarréica em grande variedade de espécies animais, incluindo o homem. Por ser um parasite frequente em grande parte do planeta, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu a giardíase no grupo de doenças negligenciadas.

A transmissão da *G. intestinalis* pode ocorrer após ingestão de cistos infectantes através da água ou de alimentos contaminados ou por via fecal-oral direta (SAVIOLI, SMITH & THOMPSON, 2006).

AÇÕES PREVENTIVAS DE SAÚDE

As medidas mais importantes para a prevenção da giardíase são o acesso a adequadas condições de saneamento, ingestão de água tratada ou fervida, cuidados com a higiene pessoal e adequada preparação e conservação dos alimentos. Além disso, são importantes o controle de insetos e o adequado diagnóstico e tratamento dos doentes, visando interromper a cadeia de transmissão (SANTANA *et al*, 2014).

A investigação epidemiológica dos casos é necessária ser feita em grupos, uma região ou instituição, para saber precisamente a fonte de infecção e o modo de transmissão; com o intuito de identificar e eliminar o veículo comum de transmissão.

O controle da transmissão de pessoa-a-pessoa requer higiene rígida pessoal e disposição sanitária das fezes. Atividades de vigilância sanitária devem ser concentradas na produção das hortaliças, através de ações educativas destinadas aos produtores, e do monitoramento laboratorial das águas destinadas à irrigação das hortas (OLIVEIRA DE; GERMANO, 1992). É importante conscientizar a população sobre medidas profiláticas para controle desta parasitose a fim de amenizarmos os índices de

infecção que vêm crescendo a cada dia.

18. METODOLOGIA

AVALIAÇÃO ÉTICA

Todos os pacientes da presente pesquisa serão estudados segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde após aprovação do projeto pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão de Medicina e Comitê de Ética em Pesquisa da UEPa. Os pacientes ou responsáveis dos pacientes estudados, por meio de termo de consentimento livre e esclarecido, concordarão com a participação no projeto e terão direito de deixá-lo a qualquer momento, sem prejuízos.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo Clínico Intervencional, onde buscaremos estudar os pacientes com diagnóstico de qualquer enteroparasitose, através de exames laboratoriais, buscando modificar a curto e médio prazo a frequência de idas a UPAs e hospitalizações destes pacientes. Utilizando a busca ativa e a triagem na ESF, serão identificados esses pacientes.

Além disso, cada agente de saúde deverá selecionar o prontuário dos pacientes com história prévia de parasitoses intestinais ou em situação de extremo risco para a aquisição das mesmas, como os moradores que ingerem água não tratada. Após a seleção dos pacientes, serão convidados para participar das atividades educativas direcionadas e consultas médicas. No encontro além da abordagem em educação em saúde deverão ser esclarecidas questões a cerca das doenças e cuidados clínicos de triagem, além da solicitação de exame protoparasitológico de fezes e o adequado tratamento das parasitoses.

19. CRONOGRAMA

Procedimento	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
Apresentação do Projeto e Entrega do mesmo para os agentes de saúde em reunião de equipe	X					
Planejamento/Organização da atividade por cada um dos agentes de saúde.	X					
Entrega dos convites das atividades educativas aos pacientes pelos ACS		X				
Atividades educativas			X	X	X	
Consultas médicas dos pacientes selecionados		X	X	X	X	
Avaliação do projeto pela equipe						X

20. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala para realização de grupos;
- Balança;
- Esfigmomanometro;
- Fita métrica;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Equipamento de multimídia;
- Caneta;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Profissionais Médico, Enfermeiro, Téc/Aux. Enfermagem, ACS;
- Prontuários dos pacientes selecionados;
- Disponibilidade de medicamentos da farmácia básica do SUS.

21. RESULTADOS ESPERADOS

- Viabilizar atendimento a um grupo específico;
- Compartilhamento de vivências e conhecimentos;
- Acordar compromissos para melhorar a situação de saúde do paciente;
- Buscar adesão ao tratamento e à prática da medicina preventiva;
- Ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento, estimulando sua independência e autonomia na tomada de decisões;
- Construir os objetivos de tratamento de forma participativa/coletiva;
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar;
- Diminuir os números de visitas aos pronto atendimentos e internações hospitalares por enteroparasitoses;
- Acompanhar um maior número de pacientes motivando as mudanças de hábitos de vida e comportamentos com a finalidade de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- AKIMOTO, T. On the motion of *Ascaris lumbricoides* in a small tube. *Hirosaki Igaku*, 1 53-131, 1950.
- ANDRADE NETO, J. L., RAMOS FILHO, N., CARNEIRO FILHO, M. Ascaridíase. In: Veronesi R, Focaccia R. *Tratado de Infectologia*. Editora Atheneu, 8 ed. São Paulo.
- ANDRADE NETO, J. L., RAMOS FILHO, N., FERREIRA, C. G. Tratamento das Enteroparasitoses. In: Veronesi R, Focaccia R. *Tratado de Infectologia*. Editora Atheneu, 8 ed. São Paulo.
- ANSARY, M. A. *Ascaris*: a case presentation (Study). *J Audiov Média Med*, 13 (2), 64, 1990.
- BINA, J. C. Ascaridíase. In: Veronesi. *Doenças Infecciosas e Parasitárias*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 813, 1991.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010*
- BUNDY, D. A. P. *et al.* Population dynamics and chemotherapeutic control of *Trichurus trichiura* infection of children in Jamaica. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 79: 759-64, 1985.
- CIMERMAN, S., CIMERMAN, B., LEWI, D. S. Avaliação da relação entre parasitoses intestinais e fatores de risco para o HIV em pacientes com AIDS. *Rev Soc Bras Med Trop*. 1999 mar-abr;32(2):181-5.
- COOK, G. C., Small intestinal coccidiosis: an emergente clinic problem. *J. Infec. Dis.*, 16-213, 1988.
- CORDEIRO, T. G. P. & MACEDO, H. W. Atualização em Amebíase. *Rev Patologia tropical*. Vol. 36 (2): 119-128. maio-ago. 2007
- COULTER, J. B. S. Global importance on parasitic disease. *Current Pediatrics*. 2002 Dec;12(7):523-33.
- COURA, J. R. Síntese das doenças infecciosas e parasitárias. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2008.
- CUNHA, S. A. Parasitoses intestinais. In: *Gastroenterologia*. 1ª ed., p. 521-35, 1978. DAGCI, H., KURT, O., DEMIREL, M., OSTAN, I., AZIZI, N. R., MANDIRACIOGLU, A., *et al.* The prevalence of intestinal parasites in the province of Izmir, Turkey.

Parasitol Res. 2008 Sep;103(4):839-45.

DAVDSON, R. A. Risk factors for *Strongyloides stercoralis* infections: a case-control study. *Arch. Inter. Med*, 144:321, 1984.

GAMBOA, J. A. A. Tratamento em massa como meio de controle de algumas endemias parasitárias. *Rev. Fund SESP*. 25 (1): 55-62, 1980.

GASPARINI, F. A. Atualização em parasitoses intestinais. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 68(4): 111-32, 1995.

GURGEL, R. Q., CARDOSO, G. S., SILVA, A. M., SANTOS, L. N., OLIEVIRA, R. C.

V. Creche: ambiente expositor ou protetor nas infestações por parasitos intestinais em Aracaju, SE. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2005 maiojun; 38(3):267-9.

Informe de La Conferencia Africana. Anquilostomiasis. CCTA/OMS, Org Mund Sa-lud Serv Inf Tecn N° 255, 1963.

JESUS PEDRO, R. Parasitoses intestinais. In: Amato Neto V. Doenças transmissíveis. Sarvier, São Paulo, 663, 1989.

KOMAGOME, S. H., ROMAGNOLI, M. P. M., PREVIDELI, I. T. S., FALAVIGNA, D. L. M., DIAS, M. L. G. G., GOMES, M. L. Fatores de risco para infecção parasitária intestinal em crianças e funcionários de creche. *Cienc Cuid Saude*. 2007;6 Suppl 2:S442-7.

LEVI, G. C. *et al*. Observações sobre a atividade anti-helmíntica do pamoato de pirantel. Tratamento da enterobíase. *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo*, 12:343-6, 1970.

MARTINEZ-PALOMO, A. Biology of amoebiasis: progress and perspectives. *Biol Parasitism* 43: 61-73, 1988.

MEJIAS, G. Infecciones enteroparasitarias en escolares rurales del Archipiélago de Chiloé, X Region, Chile. *Bol. Chil. Parasitol.*, 48:28-9, 1993.

MOREIRA, A. A. B. AMATO NETO, V. Parasitoses intestinais – diagnóstico laboratorial e tratamento. In: Amato Neto & Baldy JLS. Doenças transmissíveis. Sarvier. São Paulo, 1989.

OLIVEIRA DE, C. A. F.; GERMANO, P. M. L. Estudo da ocorrência de enteroparasitas em hortaliças comercializadas na região metropolitana de São Paulo - SP, Brasil. II - Pesquisa de protozoários intestinais. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, vol. 26, n. 5, out., 1992.

Organização Mundial de Saúde. Division of Control of Tropical Diseases. Intestinal Parasites Control: geographical distribution 2006. Disponível em: <http://www.who.int/ctd/html/intestburtre.html>.

PEREIRA, F. E. *et al.* Ascaris lumbricoides: reinfection in children bearing an established worm burden. Rev Soc Bras Med Trop, 24 (4) 217-21, 1991.

PESSOA, S.B. & MARTINS, A. V. Parasitologia médica. 9ª ed., Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, RJ, 1974.

POVOA, M. M., ARRUDA, J. E. G, SILVA, M. C. M., BICHARA, C. N. C., ESTEVES, P., GABBAY, Y.B. Diagnóstico de amebíase intestinal utilizando métodos coprocópicos e imunológicos em amostra da área metropolitana de Belém, Pará, Brasil. Cad Saude Publica. 2000 julset; 16(3):843-6.

REY, L. Parasitologia Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, RJ, 1973.

ROCHA, A., MENDES, R. A., BARBOSA, C. S. Strongyloides spp e outros parasitos encontrados em alfaces (lactuca sativa). comercializados na cidade do Recife, PE. Rev Patol Trop. 2008 maio-jun;37(2):151-60.

SANTANA, L. A. *et al.* Atualidades sobre giardíase. Jornal Brasileiro de Medicina. Jan/Fev, 2014, Vol. 102, N° 1.

SAVIOLI, L.; SMITH, H. & THOMPSON, A. — Giardia and Cryptosporidium join the 'Neglected Diseases Initiative'. Trends Parasitol., 22: 203-8, 2006.

SCHNACK F.J., FONTANA L.M., BARBOSA P.R., SILVA L. S. M. , BAILLARGEON C. M. M., BARICHELO T., *et al.* Enteropatógenos associados com diarreia infantil (< 5 anos de idade) em amostra da população da área metropolitana de Criciúma, Santa Catarina, Brasil. Cad Saude Publica. 2003 jul-ago;19(4):1205-8.

SILVA, E. F.; GOMES, M. A. Parasitologia humana. Atheneu Editora, São Paulo. 11 ed. 2005.

SILVA, E. F.; SALLES, J. M. C.; SALLES, M. J. C.; CIMERMAN, B.; CIMERMAN, S.
Parasitologia humana e seus fundamentos gerais. Editora Atheneu, São Paulo. 2 ed. 2005.

SOLDAN, O. C. P., VÁSQUEZ, F. V., VARAS, A. G., CORDÓN, G. P., SOTO, J. R.
V., SÁNCJEZ-MORENO, M., *et al.* Intestinal parasitism in Peruvian children and molecular characterization of Cryptosporidium species. Parasitol Res. 2006 May; 98(6):576-81.

SOUTO, R. A. Avaliação Sanitária da Água de Irrigação e de Alface (Lactuca sativa L.) Produzida no Município de Lagoa Seca Paraíba. Centro de Ciência Agrária Departamento de Fitotecnia e Produção Vegetal. Tese de Mestrado em Agronomia, 2005.

SOUZA, M. S. L., SOUZA, D. W. C., NEVES, J. Ancilostomíase. In: Veronesi R. Doenças Infecciosas e Parasitárias, 8^a ed. Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, RJ, 1991.

STANLEY, S. L. Amoebiasis. Lancet 361: 1025-1034, 2003.

STAUFFER, W. RAVDIN, J. I. Entamoeba histolytica: an update. Curr Opin Infect Dis 16: 479-485, 2003.

WHO. WHO Prevention and control of intestinal parasitic infections. Report of WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 749, Who: Geneva, 1987.

WHO/PAHO/UNESCO Report. A consultation with experts on amoebiasis. Mexico City, Mexico, 1997. Epidemiol Bull 18: 13-14, 1997.

YOSHIKAWA, T. T. TURNER, J. A. Common helminthic infectious. In: Youshi-kawa/Chow/Guze, eds. Infections diseases. John Wiley & Sons, 1980.

ZALDEN, M. F. Enteroparasitoses em crianças de 0 a 6 anos de creches municipais de Rio Verde-GO e sua interface com o meio ambiente. [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de Franca; 2006.