



**ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM MARABÁ - PARÁ**

**PAULA DANIELLI DA SILVA SOUZA**

**MARABÁ – PARÁ**

**2016**



## **ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM MARABÁ - PARÁ**

**PAULA DANIELLI DA SILVA SOUZA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Márcio De Sá

**MARABÁ – PARÁ**

**2016**

## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	4
2.ESTUDO DE CASO CLÍNICO	6
3.PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	10
4.VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADES NO DOMICÍLIO	13
REFERÊNCIAS	18
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	19

## 1.INTRODUÇÃO

Meu nome é Paula Danielli da Silva Souza, sou casada e tenho um filho. Nasci em Ipameri, região sudeste de Goiás. Em 2003 fui morar em Goiânia. Cursei medicina na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) e me formei em agosto de 2012. O projeto pedagógico do curso de medicina da PUC Goiás está fundamentado em metodologias que trabalham intencionalmente com problemas, quais sejam: Metodologia da Problematização (MP) e Aprendizagem baseada em problemas (ABP) / Problem Based Learning (PBL). As metodologias MP e ABP apresentaram íntima relação com as propostas educacionais contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina.

A primeira, a Metodologia da Problematização, encontra nas formulações de Paulo Freire um sentido de inserção crítica na realidade para dela retirar os elementos que conferirão significado e direção às aprendizagens. Para Berbel (1998), no movimento ação-reflexão-ação são elaborados os conhecimentos, considerando a rede de determinantes contextuais, as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam. Por sua vez, a Aprendizagem Baseada em Problemas, influenciada principalmente pelas ideias de John Dewey, constitui-se em um enfoque metodológico no qual os estudantes lidam com problemas previamente elaborados, em pequenos grupos, com a supervisão de um tutor.

Os problemas são, geralmente, descrições de um fenômeno ou evento a ser analisado pelo grupo, usando, inicialmente, o conhecimento prévio. A partir daí os estudantes procuram entender os processos subjacentes, surgindo as interrogações. Essas constituem os objetivos do aprendizado e servirão como conteúdo de estudo individual e coletivo. Essa metodologia tem se destacado como a mais indicada para trabalhar os conteúdos de Medicina de forma crítica e reflexiva. Essa formação está sendo muito útil para o meu dia-a-dia como médica na Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois muitas vezes me deparo com “problemas” que me fazem recorrer aos estudos, discutir com a equipe e sobretudo entender a realidade adstrita.

Trabalhei na ESF em Aparecida de Goiânia, região metropolitana de Goiânia, por quase dois anos. Atualmente estou alocada no Centro de Saúde Enfermeira Zezinha no município de Marabá, Pará. O município de Marabá tem uma população de 257.062 habitantes e possui um índice de pobreza de 42,73%. O serviço de água e

esgoto é feito pela Cosanpa - Saneamento do Pará, porém apenas 15% dos habitantes tem acesso a estes serviços. A equipe possui como área de atuação a região da Folha 33, no momento toda coberta pela equipe, com uma população em torno de 4566 habitantes. Apenas duas ruas são asfaltadas, o esgoto corre a céu aberto e muitas casas não tem serviço de água tratada. Na região tem uma escola de nível fundamental. As doenças mais prevalentes são Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes. As situações mais atendidas são queixas sugestivas de parasitoses, realização de pré-natal, Programa Hiperdia e encaminhamentos para especialistas como ortopedista e oftalmologista.

O município não possui NASF. Meu Projeto de Intervenção intitulado “A importância da prática de medidas preventivas na diminuição das parasitoses na infância”, o qual constará nos anexos desse trabalho, reproduz como as doenças parasitárias estão associadas a determinantes sociais e ambientais, mostrando elevada prevalência em regiões com déficit em educação, precárias condições de habitação, abastecimento de água potável e saneamento básico. Contudo, a busca de situações que envolvam a necessidade da emancipação do ser humano, com a conseqüente contribuição que podem dar os conhecimentos da área de saúde, faz com que a educação em saúde seja mais eficaz que medidas curativas.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Dona Geiza mora na Folha 33 há muitos anos, em uma pequena casa de madeira, próximo ao Rio Itacaiúnas. Dona Francisca, mãe de Dona Geiza, mora na mesma rua da filha, tem 52 anos, é hipertensa, diabética e ex-tabagista. Senhor Otacílio, pai de Dona Geiza, tem 64 anos, mora em Imperatriz-MA e esporadicamente vem passar uns dias com a filha quando aproveita para se consultar; tabagista, faz uso de bebida alcoólica pelo menos quatro vezes por semana, é hipertenso e já fez tratamento para tuberculose há 10 anos. Dona Geiza, 32 anos, tem oito filhos e está na nona gestação; mora com Sr. Clésio, pai dos seus quatro filhos mais novos. Ele tem 30 anos, é tabagista e faz uso de bebida alcoólica todo final de semana. Dona Geiza veio consultar com a médica Dra. Paula. É a segunda consulta do pré-natal.

Durante a consulta Dona Geiza queixa-se de dor em baixo ventre, cefaléia e relata um corrimento esbranquiçado, grumoso e com prurido. Nega disúria e sangramento. Está com idade gestacional de 22 semanas e 1 dia pela DUM. Ao exame físico: AFU: 21 cm, BCF: 144 bpm, PA: 160x110 mmHg. A paciente trouxe os exames solicitados na primeira consulta: Hb: 11,9; Ht: 39%, Glicemia de jejum: 84; EAS: normal, Anti-HIV: não reagente; VDRL: reagente com título 1/32; HBsAg não reagente; Anti-HCV: não reagente. PCCU: presença de *Cândida* sp. Dona Geiza refere que na última gestação veio com o mesmo exame (VDRL) alterado e que foi prescrito uma injeção para ela e para o Sr. Clésio, mas somente ela recebeu a injeção.

Dra. Paula conversou bastante com a paciente sobre a importância do tratamento da sífilis durante a gestação, pois esta doença pode afetar o recém-nascido causando a sífilis congênita, podendo causar alterações ósseas, lesões do sistema nervoso central, surdez, baixo peso, deficiência de aprendizado, dentre outras. Explicou que ela e o parceiro deveriam ser tratados corretamente para não afetar o feto e que não bastava somente ela, tinham que ser os dois. Prescreveu Penicilina G Benzatina, sendo 2,4 milhões UI, IM, sendo três doses com intervalo de 1 semana. Igualmente para o parceiro. A médica também explicou sobre a importância do controle da pressão arterial, sobre alimentação, a qual deve ser balanceada e pobre em sódio. Falou sobre os riscos de eclâmpsia podendo levar até ao óbito. Pediu à paciente para voltar à tarde para nova aferição da PA. No período vespertino a PA foi de 150x105mmHg. Então foi iniciado o medicamento metildopa 500mg 2x/dia. Também foi prescrito nistatina creme vaginal e paracetamol.

Dra. Paula preencheu a notificação de sífilis na gestação e por fim pediu que Dona Geiza realizasse novo VDRL quantitativo no mês seguinte para seguimento sorológico, além de proteinúria de 24h e já deixou a consulta agendada para o próximo mês. No mês seguinte Dona Geiza retornou com novo exame de VDRL não demonstrando aumento do título e proteinúria menor que 300mg. Na caderneta da gestante estava escrito que tanto ela como o parceiro haviam feito as três doses da penicilina. Dona Geiza relatou que Sr. Clésio havia aceitado fazer o tratamento após ela relatar as complicações que poderiam causar ao bebê.

Referiu melhora do corrimento após uso do creme vaginal e da cefaléia após ter iniciado a metildopa. A PA estava 130x80. Segundo o artigo “Hipertensão na Gestação” publicado nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, a hipertensão arterial (HA) é uma doença considerada problema de saúde pública pelo seu elevado custo médico-social. A prevalência varia conforme a faixa etária, sexo, raça, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal. Nas mulheres em idade pro-criativa a prevalência vai de 0,6 a 2,0%, na faixa etária de 18 a 29 anos, e de 4,6 a 22,3%, na faixa etária de 30 a 39 anos, (RIBEIRO et. al. 1981; LOLIO, 1989). Diferente dos países desenvolvidos, a HA na gestação permanece a primeira causa de morte materna direta no Brasil (37%), sendo a proporção maior nas regiões Norte e Nordeste em relação ao Sudeste, Sul e Centro-Oeste (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB; 2004).

A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO-classifica as doenças hipertensivas na gestação em:

- 1) Hipertensão crônica (HC): É a hipertensão que está presente antes da gravidez ou diagnosticada antes de 20 semanas de gestação. É considerada hipertensão quando a pressão arterial sistólica (PAS) é  $\geq 140$  mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg, medidas em duas ocasiões com 4 horas de intervalo.
- 2) Pré-eclâmpsia (PE)/Eclâmpsia (E): A PE é uma síndrome caracterizada por comprometimento clínico generalizado heterogêneo e alterações laboratoriais. Os achados clínicos podem se manifestar tanto como uma síndrome materna (hipertensão, proteinúria e/ou sintomas variados) quanto como uma síndrome

fetal (CIUR), ou ainda ambos<sup>17</sup>. Ela ocorre em 5% a 8% das gestações e é a principal causa de morte materna e perinatal nos países em desenvolvimento.

- 3) Pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica: É o surgimento de proteinúria ( $\geq 0,3$  g/24h) após a IG de 20 semanas em portadora de HC, ou um aumento adicional da proteinúria em quem já apresentava aumento prévio, ou ainda um aumento súbito da PA em quem apresentava níveis controlados previamente, ou alteração clínica ou laboratorial característica de PE (PROGRAM NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION, 2000).
- 4) Hipertensão gestacional (HG): que é o aumento da PA que surge após as 20 semanas de IG e sem proteinúria. Pode representar uma PE que não teve tempo de desenvolver proteinúria, ou uma hipertensão transitória se a PA retornar ao normal após 12 semanas do parto, ou ainda uma HC se a PA persistir elevada PE (PROGRAM NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION, 2000).

#### IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO ENTRE A HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ E O RISCO CARDIOVASCULAR FUTURO MATERNO E FETAL

Risco materno - A hipertensão na gravidez pode induzir alterações metabólicas e vasculares a longo prazo, associadas ao aumento do risco cardiovascular. Mulheres com PE têm 4 vezes mais chances de desenvolver HA crônica e quase duas vezes maior risco de doença arterial coronariana, AVC e tromboembolismo venoso num intervalo de tempo de até 14 anos após a gestação considerada.

As pacientes que fazem PE precoce são as de maior risco. Tal relação reflete a possibilidade de uma causa comum ou um efeito a longo prazo do desenvolvimento da doença. Portanto, mulheres que desenvolvem PE devem ter seu perfil de risco cardiovascular avaliado depois de 6 meses do parto e iniciar com medidas preventivas eficazes com a maior precocidade possível (CHANDIRAMANI; SHENNAN; 2008).

Risco fetal - A restrição de crescimento intrauterino é reconhecida como grande fator de risco de desenvolvimento de aterosclerose precoce. E a síndrome da resistência à insulina parece ser a ligação de um ambiente intrauterino adverso, como o que ocorre na PE grave e compromete o crescimento fetal, com o comprometimento



da saúde dessas crianças na vida adulta (SIBAI; DEKKER; KUPFERMINC, 2005). Em vista disso, neonatos com baixo peso também devem ser avaliados precocemente e orientados a manter um estilo de vida saudável desde a infância.

Com relação à sífilis na gestação, o diagnóstico sorológico é realizado pelo VDRL (rastreamento e seguimento) e o FTA-abs (teste apenas confirmatório, não utilizado para seguimento). Quando o VDRL for reagente, sempre que possível, deve-se solicitar o FTA-abs para descartar falsos positivos que podem ocorrer na vigência de doenças auto-imunes (colagenoses), na fase aguda de viroses, cirrose hepática, leptospirose, mononucleose, na própria gestação, em outras infecções treponêmicas, em pacientes com hanseníase, na malária, etc (NAUD et. al. 2011).

Se a história de sífilis tratada anteriormente for ignorada, a gestante e o parceiro devem ser imediatamente tratados. Nos casos de títulos baixos em que a história for conhecida e o tratamento do casal tenha sido adequado e documentado (registrar na carteira da gestante), considerar como cicatriz sorológica e acompanhar mensalmente solicitando VDRL. É considerado cura sorológica a queda dos títulos no VDRL (2 diluições ou diminuição de 4 vezes os títulos: por exemplo, de 1/8 para 1/2; ou 1/128 para 1/32). Nas gestantes, o VDRL de seguimento deve ser realizado mensalmente e a duração da gestação pode não ser suficiente para a negatificação (BRASIL, 2006).

O tratamento recomendado para mulheres grávidas com sífilis permanece sendo a penicilina. Na fase inicial sífilis primária, secundária e latente com menos de 1 ano de duração) deve ser feito com Penicilina G benzatina, 2,4 milhões de unidades, IM, dose única (1,2 milhões de unidades em cada glúteo), (LEVENO et. al. 2014). O ministério da saúde recomenda uma segunda dose após uma semana na sífilis secundária e latente recente, (NAUD et. al. 2011). Em caso de alergia a penicilina, o tratamento com outros antibióticos cura a sífilis materna, mas não protege o feto. Por este motivo recomenda-se encaminhar a um nível de maior complexidade para que seja realizada a dessensibilização a penicilina e esta possa ser utilizada, (FESCINA et. al. 2007). Para a sífilis com duração de mais de 1 ano ou duração desconhecida recomenda-se o tratamento com penicilina G benzatina, 2,4 milhões de unidades, IM, semanalmente, totalizando 3 doses, (LEVENO et. al. 2014).

As gestantes tratadas requerem seguimento sorológico quantitativo mensal durante a gestação, devendo ser novamente tratadas, mesmo na ausência de sintomas, se não houver resposta ou se houver aumento de, pelo menos, duas diluições em relação ao último título de VDRL (ex: de 1/2 para 1/8), (BRASIL, 2006).

Orientam-se sobre o uso de preservativos durante e após o tratamento para evitar reinfecção.

### **3.PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

A Atenção Primária à saúde é o primeiro nível de atenção dentro do sistema, caracterizada principalmente pela longitudinalidade e integralidade da atenção e a coordenação da assistência dentro do próprio sistema de saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi uma estratégia para reorganizar a atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), viabilizando a construção de um modelo novo de atenção à saúde, sendo a promoção de saúde seu principal objetivo.

Baseado nos princípios da atenção básica, o objetivo da Estratégia de Saúde da Família é atender a maior parte das necessidades de saúde dos indivíduos e comunidades, integrando ações preventivas e curativas. A busca pela melhor qualidade de vida da população adstrita é feita através de atividades coletivas com conteúdo informativo sobre o processo saúde e doença. Na prática, ministramos palestras na Unidade de Saúde e em escola conveniadas, os assuntos mais abordados são: parasitoses intestinais, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes, saúde da mulher e do homem.

Os temas escolhidos são de acordo com os maiores problemas e agravos enfrentados pela população e voltados ao eixo educativo/preventivo. Sem dúvida, muitos assuntos geram dúvidas entre os moradores e estes assuntos são frequentemente perguntados durante as consultas. A meta das ações educativas é tentar abranger o maior número de pessoas possíveis e a busca de soluções para seus determinados problemas. Na nossa área adstrita tem uma escola de ensino fundamental onde realizamos atividades voltadas principalmente ao público infantil com temáticas envolvendo alimentação saudável, avaliação antropométrica do Índice de Massa Corporal (IMC), prevenção e tratamento de parasitoses intestinais, medidas educativas de higiene pessoal e a manipulação da água e alimentos. A existência destas ações é fundamental para acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil. A incidência de

enteroparasitoses na população em geral constitui um grave problema de saúde pública mundial, principalmente nos países em desenvolvimento e é bastante prevalente na nossa área.

A frequência de parasitas intestinais varia de acordo com diversos fatores, entre eles, econômicos, sociais e ambientais. Os hábitos de vida, os fatores sociais e ambientais são determinantes para ocorrência de parasitoses, tornando-se necessária adoção de estratégias em nível de atenção primária que possam contribuir na redução destes índices. (SOUSA; BOCARDI, 2015).

As parasitoses causam grande prejuízo aos seus portadores, dentre os quais podemos citar: desnutrição, diarreia, anemia e má absorção dos nutrientes. Enquadrando-se em alerta por refletir diretamente no baixo crescimento corporal e consequente atraso no desenvolvimento escolar. É papel da atenção básica prevenir e tratar estes tipos de eventos, principalmente em camadas mais desfavorecidas economicamente (SIQUEIRA, et. al. 2013). O papel do médico e da equipe é fundamental para implantar o processo de educação continuada sendo um importante mecanismo de implantação de hábitos de higiene adequados e para prevenção de riscos, agravos e doenças.

A existência de grupos de apoio aumenta a interação entre indivíduos da comunidade. Na unidade que atuo existe um grupo de apoio aos pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes, este constitui-se como uma estratégia que vem dado certo para o controle e prevenção. O principal foco deste grupo é reforçar a importância da mudança no estilo de vida para os pacientes que estão com doença instalada, assim como, para aqueles que possuem fatores de risco para o desenvolvimento da doença. As mudanças de estilos de vida são primordiais em combinação com a terapia medicamentosa para evitar lesões de órgãos alvo e remodelamento do músculo cardíaco.

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente.

No Brasil, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte. Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são

fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. Os esforços concentrados dos profissionais de saúde, da sociedade científica e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS. Quando o paciente é diagnosticado com HAS e/ou Diabetes, além das orientações e prescrições médicas, este é convidado a participar do nosso grupo de palestras e atividades. O propósito é deixá-los informados sobre o manejo da doença além do que é informado dentro do consultório médico. Comprovadamente esta medida social e educacional tem se mostrado benéfica na otimização do tratamento.

Ao longo do processo de tratamento a equipe de saúde possui o cuidado em realizar um acompanhamento a fim de verificar se as metas foram alcançadas (principalmente em pacientes com alto risco), controle da Pressão Arterial (PA) e do nível glicêmico e reavaliação terapêutica. A grande dificuldade da prática preventiva é conseguir conscientizar os pacientes da mudança de hábitos e adesão efetiva diária das recomendações médicas e o uso diário da medicação. A falta recorrente da medicação na unidade também dificulta o tratamento. Por meio do Curso de Especialização em saúde da família, vinculado com a atuação na Estratégia de Saúde da Família, foi possível aprender muitas coisas novas e desta forma aperfeiçoar a prática clínica progressivamente. Ao decorrer do curso consegui solidificar o conhecimento médico prévio e acrescentá-lo ao conhecimento adquirido referente à atenção básica.

É importante o papel do médico em buscar soluções mais definitivas aos agravos do paciente, sempre pensando em causa base e não apenas na sintomatologia presente no momento. O vínculo longitudinal é denominado como a relação terapêutica entre paciente e o profissional da equipe de Atenção Primária em Saúde (APS) ao longo do tempo. Desta forma, a UBS é a fonte regular pela procura de cuidados curativos e preventivos; tornando o vínculo longitudinal primordial para diagnósticos e tratamentos mais precisos com diminuição dos custos da atenção e maior satisfação do paciente (CUNHA, 2009). Na prática, o atendimento longitudinal, é a maneira de fortalecer os vínculos e aperfeiçoar a relação médico-paciente. Dessa forma o médico pode cuidar dos pacientes da atenção básica ao longo do tempo e acompanhar o seu progresso. O vínculo é um aliado do paciente e do médico para sucesso terapêutico e um atendimento mais humanizado.

Desta forma, podemos fazer um planejamento para solução dos problemas de saúde ao longo de várias consultas e dando prioridade aos problemas emergenciais. A união das ações coletivas e individuais são primordiais para o sucesso do trabalho

na UBS em que atuo. Desta forma podemos reforçar duplamente a estratégia, levar saúde a todos e diminuir os problemas. A promoção de saúde e prevenção de doenças é papel principal da atenção básica, isto só é possível com a ajuda de vários fatores que nestes estão inseridos e o sucesso da ESF é feito com ação conjunta da equipe multiprofissional. A cidade de Marabá não possui NASF, constituindo um atraso para a saúde da família que necessita de um apoio multidisciplinar e multiprofissional.

É essencial reconhecer a vacinação como ação intrinsecamente vinculada à atenção básica em saúde, como um cuidado preventivo de promoção e de proteção da saúde, oferecido, de modo geral, na porta de entrada do SUS. Conceber a vacinação nessa perspectiva é imprescindível a todos. Uma ação de Saúde Pública que se concretiza a partir de uma unidade básica de saúde que integra um sistema municipal que compõe o sistema nacional de saúde (BRASIL, 2013). Ultimamente a falta de vacinas (dT e hB) na Unidade em que atuo constitui-se como um problema para a população, estas vacinas configuram-se imprescindíveis ao calendário vacinal. A população é prejudicada por necessitar de imunização e não possui recursos para obtê-las na rede particular, deixando os usuários susceptíveis à doenças.

As visitas domiciliares (VD) constituem uma forma de assistência prestada que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família, estabelecer vínculo com o paciente. Configuram-se como uma das modalidades da atenção domiciliar à saúde, abrangendo a atenção, o atendimento e a internação domiciliar. Em média, fazemos 30 visitas domiciliares por mês e sempre priorizando os casos envolvendo idosos, crianças, acamados, portadores de necessidades especiais, gestantes e pacientes mais graves de modo geral.

#### **4.VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADES NO DOMICÍLIO**

A atuação na Atenção Básica de Saúde vem sendo um grande desafio não só para nós médicos, mas para todos os profissionais que a abrangem. Todos os dias deparo-me com diversas situações na qual não há suporte de excelência, mas sempre é necessário contornar as situações. Com o decorrer do tempo é possível adaptar-se à realidade presente e ajudar os pacientes no que for necessário, a fim de levar uma saúde de qualidade à população que está sob minha competência. A fim de cumprir

com o dever do SUS em ofertar saúde à população, também faço parte de uma medicina integrativa que é capaz de levar a equipe de saúde até o domicílio do paciente através da visita domiciliar.

A atenção domiciliar à saúde é um modelo em processo de expansão por todo o Brasil e desponta como um novo espaço de trabalho para os profissionais de saúde, tanto no âmbito público quanto no privado. Abrange quatro diferentes modalidades: atenção domiciliar, atendimento domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar (LACERDA; et. al. 2006). Na prática do SUS acabamos realizando todas estas modalidades e depende da necessidade de cada paciente.

A assistência domiciliar à saúde é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que pode ser também denominada atendimento ou cuidado domiciliar e baseia-se na interação do profissional com o paciente, sua família e com o cuidador, quando esse existe. Ela constitui um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio, e pode ser instrumentalizada pela visita ou internação domiciliar (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). A visita domiciliar, um instrumento muito usado para atender os pacientes que por algum motivo estão impossibilitados de ir até uma unidade básica de saúde, vem ganhando força nesta última década principalmente com a ascensão da Estratégia Saúde da Família.

É um instrumento capaz de possibilitar a compreensão de características peculiares na identificação do perfil de cada família visitada, proporcionando a construção de intervenções no processo saúde/doença. Hoje é considerada uma boa ferramenta aliada ao paciente e da equipe de saúde que acompanha mais de perto o estado de saúde da população. A sistematização das Visitas Domiciliares é feita de acordo com as necessidades dos doentes, nos casos em que não possuem a possibilidade de sair de casa e estejam precisando de assistência. A prioridade da Estratégia de Saúde da Família é voltada para os pacientes acamados, idosos que por algum motivo não dispunham de cuidadores específicos e necessitam de um cuidado mais de perto, hipertensos que muitas vezes necessitam do controle pressórico de emergência, pacientes recém operados e precisam de um cuidado médico no pós-operatório, assim como pacientes com difícil deambulação e acesso.

Hoje temos cerca de 30 atendimentos domiciliares mensais. Valor muito elevado se formos pensar em número de famílias que estão tendo a assistência em casa e a resolução de problemas sérios enfrentados, não só em saúde, mas em diversos agravos. A tendência é que se aumente ainda mais o número de visitas domiciliares

e que a equipe de saúde possa sempre interagir com a família do doente e atingir uma resolutividade integral dos problemas do paciente e de seus familiares. O controle e agendamento das visitas é administrado pelos Agentes Comunitários de Saúde, são fundamentais por conhecer muito bem a população adstrita e trazer seus problemas até a equipe de saúde.

Ao total conto com a ajuda de nove ACS na Unidade Básica de Saúde, estes estão divididos em suas microrregiões e de acordo com a demanda e fazem a comunicação entre o médico e a população de modo geral. As visitas domiciliares acontecem normalmente durante as sextas feiras de cada semana. Neste dia, é possível visitar em torno de 7 a 8 famílias previamente agendadas. A prioridade é o doente alvo em questão, mas não deixando de lado os familiares e a solução dos problemas de saúde da família em si. Em conjunto da VD se faz presente o agente comunitário de saúde e o médico, em algumas situações a enfermeira ou a técnica de enfermagem acompanha a visita. É importante uma boa convivência e interação entre a equipe de saúde para que exista sucesso terapêutico dos pacientes em questão.

Atualmente estamos fazendo o acompanhamento domiciliar de 5 pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC). Este acompanhamento é muito importante para a recuperação destes pacientes e prevenção de possível incapacidade por falta de assistência médica. Nas visitas acontece avaliação clínica e do comprometimento neurológico, avaliação da progressão da retomada dos movimentos (quando há perda), controle para prevenção de novos episódios de AVC, orientação aos familiares de como conduzir a recuperação domiciliar e o auxílio no que for necessário para melhorar qualidade de vida destes pacientes. O nosso acolhimento ao paciente acometido com AVC é voltado para a inserção social e retorno as suas atividades o mais precoce possível. A pessoa com alterações decorrentes de um AVC pode apresentar diversas limitações em decorrência do evento, e a recuperação é diferente em cada caso.

O tratamento médico e reabilitação adequada podem minimizar as incapacidades e sequelas. O impedimento de locomoção não será uma dificuldade para o paciente, já que a equipe de saúde é capaz de oferecer uma assistência em seu domicílio equivalente aquela prestada na Unidade Básica de Saúde. Isto configura um avanço muito importante para a saúde pública, garantindo igualdade de atendimento prestado aos que necessitam. A visita domiciliar também tem caráter de investigar como estão as condições ambientais/habitacionais, condições de higiene/saneamento e de

acordo com o contexto em que o indivíduo está inserido é possível traçar um plano terapêutico personalizado de acordo com suas necessidades no presente momento.

## **5.REFLEXÃO CONCLUSIVA**

Ao longo deste curso de especialização, é importante salientar as oportunidades que estão nos proporcionando maior envolvimento e (re) conhecimento da realidade local da comunidade adstrita, cada vez mais nos deparamos com a necessidade de busca do conhecimento. Desta forma, a integração da prática clínica com os conhecimentos teóricos é fundamental para concretização de um atendimento de qualidade.

A atuação na Atenção Básica de Saúde vem sendo um grande desafio não só para nós médicos, mas para todos os profissionais que a abrangem. Todos os dias deparo-me com diversas situações na qual não há suporte de excelência, mas sempre é necessário contornar as situações. Com o decorrer do tempo é possível adaptar-se à realidade presente e ajudar os pacientes no que for necessário, a fim de levar uma saúde de qualidade à população que está sob minha competência. O desafio para atuação médica na atenção básica se dá por meio de muitas situações adversas. Esta é a realidade de muitos municípios e áreas em que não ocorre o acesso direto às condições básicas de sobrevivência do indivíduo, ou até mesmo não existem recursos considerados como primordiais para manutenção da saúde. Exemplificando o suporte deficiente que sistema único de saúde oferece em determinadas cidades, na área em que atuo posso citar a ausência de saneamento básico, rede de esgoto e ruas asfaltadas, também podemos relatar que a cidade não dispõe de NASF para nos auxiliar na atenção básica.

O trabalho médico satisfatório depende de vários fatores e estes estão além de um profissional com boa qualificação. É necessária uma boa infraestrutura, o suprimento suficiente de medicamentos, a disponibilidade de atendimento multiprofissional, encaminhamentos para especialistas com maior agilidade e melhor qualidade na assistência secundária e terciária. O serviço de saúde prestado deve ser de qualidade, sendo necessário profissionais devidamente qualificados e aptos a atuar humanamente em seu trabalho e saber a importância de se trabalhar e interagir em equipe. De modo que, deve-se entender que o objetivo da atenção básica é a resolução de



quase todos os problemas de saúde da população adstrita e agir ativamente para promover a promoção de saúde e prevenção de doenças.

Com o estudo dos casos complexos, este mostrou-se como uma ferramenta importante, foi possível aprender como proceder em determinadas situações. Podendo também correlacionar os casos vivenciados na prática clínica com os casos expostos ao decorrer do estudo destes casos complexos. Analogamente aprendi a melhor forma de atuar, aprendi o que posso melhorar no atendimento e este aprendizado abrange vários aspectos da Atenção Básica.

Desta forma, os médicos devem sempre que possível buscar novas formas de aprendizado, melhor maneira de atender o paciente e novos estudos científicos para aperfeiçoamento dos conhecimentos inerentes. Por meio do curso de especialização foi possível aprofundar muitos aspectos conhecidos previamente, e foi uma grande contribuição para solidificar o conhecimento adquirido ao longo das experiências clínicas, por meio do estudo dos casos clínicos. Isto se constitui peça fundamental para o avanço em minha prática profissional e muito mais segurança no momento de atender o paciente de forma correta.

Fazendo uma comparação entre antes e depois, a minha atuação na Estratégia de Saúde da Família tornou-se diferente àquela que era praticada quando iniciei o curso de especialização. Sempre buscando melhorar profissionalmente e atender os pacientes de forma humanizada e integral, direcionada em saber ouvir as queixas e quando necessário, fazendo o acompanhamento familiar. Ao decorrer deste curso, o qual considero peça fundamental para a atuação na Atenção Básica, foi possível construir uma nova visão na maneira de atender os problemas de saúde que são trazidos pela população. Como satisfação profissional, foi possível notar o aumento considerável da resolutividade dos problemas da população, humanização do atendimento, a preocupação com prevenção e promoção de saúde, diagnóstico correto e precoce e a grande mudança em ter uma perspectiva integral do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
2. CHANDIRAMANI, Manju; SHENNAN, Andrew. Hypertensive disorders of pregnancy: a UK-based perspective. *Current opinion in obstetrics and gynecology*, v. 20, n. 2, p. 96-101, 2008.
3. CUNHA, Elenice Machado da. Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS. Tese de Doutorado, 2009.
4. FESCINA, Ricardo H. et al. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS: guía para la práctica básica. In: Publicación CLAP/SMR. CLAP/SMR, 2007.
5. GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto contexto enferm*, v. 15, n. 4, p. 645-53, 2006.
6. LACERDA, Maria Ribeiro et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 2, p. 88-95, 2006.
7. LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol*, v. 7, n. 4, p. 449-60, 2004.
8. LEVENO, Kenneth J. et al. Manual de Obstetrícia de Williams: Complicações na Gestação. Artmed Editora, 2014.
9. LÓLIO, Cecília Amaro de. Prevalência de hipertensão arterial no município de Araraquara, SP, Brasil, em 1987. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina.
10. NAUD, P. et al. Gestação e doenças sexualmente transmissíveis. In: FREITAS, F et al. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre: Artmed, p.590-613, 2011.
11. PROGRAM, National High Blood Pressure Education et al. Report of the national high blood pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, v. 183, n. 1, p. s1-s22, 2000.
12. PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (PNI): 40 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica – Brasília: Ministério da Saúde, p. 236, 2013.
13. RIBEIRO, M. B. et al. Hypertension and economic activities in São Paulo, Brazil. *Hypertension*, v. 3, n. 6 Pt 2, p. II-233, 1981.
14. SIBAI, Baha; DEKKER, Gus; KUPFERMINC, Michael. Pre-eclampsia. *The Lancet*, v. 365, n. 9461, p. 785-799, 2005.
15. SIQUEIRA, Luciano de Oliveira et al. Diagnóstico de anemia e parasitoses em crianças em situação de vulnerabilidade social. *Revista Dialogos*, v. 16, n. 2, 2013.
16. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, p. 1-51, 2010.
17. SOUSA, Amanda Cristine Melo; BOCARDI, Maria Inês Brandão. HÁBITOS DE VIDA COMO FATOR DESENCADEANTE A PARASITOSSES INTESTINAIS. *Ideias e Inovação-Lato Sensu*, v. 2, n. 2, p. 77-92, 2015.

## **ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



**A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DE MEDIDAS PREVENTIVAS NA DIMINUIÇÃO  
DAS PARASITOSES NA INFÂNCIA**

**PAULA DANIELLI DA SILVA SOUZA**

**MARABÁ – PARÁ**

**2016**

## 1. INTRODUÇÃO

Parasitismo é a associação entre seres vivos, onde existe unilateralidade de benefícios, ou seja, o hospedeiro é espoliado pelo parasito, pois fornece alimento e abrigo para este<sup>1</sup>. O parasitismo intestinal ainda se constitui um dos mais sérios problemas de Saúde Pública no Brasil, afetando especialmente o desenvolvimento físico, psicossomático e social de escolares, principalmente pela sua correlação com o grau de desnutrição das populações, se constituindo as enteroparasitoses um importante assunto para a Saúde Pública<sup>2</sup>.

Algumas doenças são decorrentes do meio e das condições às quais as pessoas estão expostas, dentre elas, as resultantes de parasitismo. As doenças parasitárias estão associadas a determinantes sociais e ambientais, mostrando elevada prevalência em regiões com déficit em educação, precárias condições de habitação, abastecimento de água potável e saneamento básico (2,3). Uma gama de patologias causadas por parasitos do trato gastrintestinal como: giardíase, amebíase, ascaridíase, teníase, dentre outras, têm facilidade de tratamento. Na maioria dos casos, o problema é resolvido com administração de medicamento oral.

Entretanto, é fundamental a prática de medidas preventivas no contexto familiar com relação a parasitoses, no que se refere à manipulação, armazenamento e preparo de alimentos, conduta com a água a ser consumida, lavagem das mãos, como também, conhecimento acerca desse tipo de agravo à saúde por parte da população, preferencialmente adquirido mediante um processo educativo, o qual possibilite o indivíduo a mudar comportamentos para a promoção de sua saúde. A educação em saúde é um processo de ensino aprendizagem que visa a promoção da saúde, o educador em saúde tem o papel de facilitador das descobertas e reflexões dos sujeitos sobre a realidade, sendo que os indivíduos têm o poder (*empowered*) e a autonomia de escolher as alternativas (4).

Na 'velha' saúde pública, a educação em saúde tinha um único enfoque, o da prevenção de doenças. A 'nova' educação em saúde deve superar a conceituação biomédica de saúde e abranger objetivos mais amplos, uma vez que a saúde deixa de ser apenas a ausência de doenças para ser uma fonte de vida (5).

## **2. PROBLEMA**

Grande número de atendimentos de crianças com parasitoses sendo recorrente a reinfestação devido às condições precárias de saneamento básico e à falta de higiene com as mãos e alimentos, na equipe da Folha 33.

## **3. JUSTIFICATIVA**

O município de Marabá tem uma população de 257.062 habitantes e possui um índice de pobreza de 42,73%. O serviço de água e esgoto é feito pela Cosanpa - Saneamento do Pará, porém apenas 15% dos habitantes tem acesso a estes serviços. O restante da população usa água de poços artesianos. A maioria das casas possui fossa e observa-se em muitos locais o esgoto correndo a céu aberto.

Na área da Folha 33 estão cadastrados 4566 usuários sendo 609 crianças entre 5 e 12 anos e 242 menores de 5 anos. Observou-se um grande número de crianças que eram atendidas com sinais e sintomas clínicos sugestivos de parasitoses, percebeu-se uma grande recorrência de infestação. As crianças eram tratadas adequadamente, porém passados alguns meses retornavam com as mesmas queixas. Verificou-se a necessidade de orientar melhor as crianças e seus cuidadores por meio de ações de educação em saúde. As práticas educativas, quando bem aplicadas, levam as pessoas a adquirirem os conhecimentos para a prevenção e a redução das enteroparasitoses.

## **4.OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GERAL**

Sensibilizar as crianças e seus responsáveis por meio de ações de educação em saúde direcionadas à prevenção de parasitoses na infância.

## 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar crianças com parasitoses;
- Conhecer os determinantes sociais e ambientais em que estão inseridas estas crianças;
- Realizar ações de educação que envolvam as crianças e seus responsáveis;
- Realizar a terapêutica medicamentosa;
- Realizar acompanhamento dos pacientes;
- Avaliar a recorrência das parasitoses.

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

As parasitoses intestinais são muito frequentes na infância, principalmente em pré-escolares e escolares. São consideradas problema de saúde pública, principalmente em países chamados periféricos, onde são mais frequentes, com prevalências totais, quando considerado o bloco de países mais pobres do mundo, estimadas de 26%, 17% e 15% para ascaridíase, tricuriase e ancilostomíase, respectivamente<sup>1</sup>. Sua transmissão depende das condições sanitárias e de higiene das comunidades. Além disso, muitas dessas parasitoses relacionam-se a déficit no desenvolvimento físico e cognitivo e desnutrição<sup>2</sup>. Em estudo com crianças em condições socioeconômicas precárias, encontraram-se altas prevalências de desnutrição energético-protéica, anemia e parasitoses<sup>3,4</sup>.

A prevalência das enteroparasitoses é muito variada no país, ao redor do mundo e mesmo em comunidades de um mesmo município, pois o principal determinante são as condições de higiene e saneamento básico, bem como os níveis socioeconômico e de escolaridade da população analisada. As maiores prevalências ocorrem onde estas condições são mais precárias, o mesmo ocorrendo com o poliparasitismo<sup>5,6</sup>. Em comunidades vulneráveis das periferias dos centros urbanos e favelas, mais de 50% dos parasitológicos de fezes são positivos para um ou múltiplos parasitas, contrastando com pacientes de classe média de áreas urbanas bem saneadas, onde esse percentual cai para 1 a 5%<sup>7</sup>.

Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde<sup>8</sup>, as geohelmintoses são altamente frequentes na América Latina, com prevalência estimada de 30%, mas alcançando 50% em comunidades vulneráveis e até 95% em algumas tribos indígenas<sup>9-12</sup>. A contaminação fecal é o fator mais importante da disseminação das parasitoses intestinais. A contaminação fecal da terra ou da água é frequente nas regiões pobres onde não existem serviços de saneamento e a defecação se faz no solo, o que possibilita que os ovos e as larvas de helmintos eliminados nas fezes se desenvolvam e cheguem a ser infectantes. Os protozoários intestinais transmitem-se principalmente pela contaminação fecal através das mãos, da água ou dos alimentos.

Ascaridíase, estrogiloidíase, giardíase, ancilostomíase, oxiuríase, tricuriase, larvas mígrans visceral, são algumas das infestações mais frequentes. Diarréia, náuseas, vômitos, são alguns sinais que o portador de parasitoses pode apresentar, variando de grau de acordo com o agente etiológico (parasita causador da doença).

Destacam-se:

- *Ascaridíase (Ascaris lumbricoides)*

A ascaridíase é uma doença provocada por lombrigas (*Ascaris lumbricoides*) que vivem no intestino humano e se alimentam de substâncias nutritivas essenciais para o homem. É uma das parasitoses mais comuns, já que cada fêmea é capaz de pôr mais de 200 mil ovos por dia. A transmissão é justamente pela ingestão desses ovos, que podem ser encontrados na terra — e aqui o risco só existe se as mãos sujas forem levadas à boca —, nos alimentos ou na água contaminados. Os ovos ingeridos liberam larvas que rompem a parede intestinal, caindo na circulação, iniciando um percurso pelo fígado, coração e pulmões. Dos pulmões, as larvas passam para as vias respiratórias e depois para o tubo digestivo. No tubo digestivo, evoluem para as formas adultas que se reproduzem, reiniciando o ciclo. O único hospedeiro é o homem. Na fase pulmonar, os principais sintomas são: dificuldade respiratória, tosse seca, febre e irritação brônquica. Na fase digestiva, podem ocorrer flatulência, dor abdominal, digestão difícil, náusea, vômito e diarreia;



- Estrongiloidíase (*Stronggiloidea stercoralis*)

Em infecções leves, manifesta-se assintomaticamente; nos casos mais graves seus sinais e sintomas são respiratórios e também dor e distensão abdominais, náuseas, vômitos, diarreia.

- Giardíase (*Giardia lamblia*)

Essa protozoose pode ser assintomática, mas geralmente manifestam sintomas em qualquer estágio, tais como: diarreia, vômito, anorexia, retardo no crescimento, cólicas abdominais, etc.

- Amebíase (*Entamoeba histolytica*)

Os cistos ingeridos através da água ou alimentos contaminados chegam ao intestino humano, onde se desenvolvem em amebas adultas. A partir do intestino, as amebas podem migrar para o sistema sanguíneo e linfático, atingindo outros órgãos. As fezes do indivíduo doente contêm os cistos que podem novamente contaminar o ambiente. Os principais sintomas são diarreia, dores abdominais, náuseas e vômitos. Se a ameba atingir outros órgãos podem ocorrer complicações, tais como abscessos hepáticos e hemorragia. O indivíduo contaminado pode não manifestar sintomas (assintomático).

- Ancilostomíase (*Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus*)

Os ancilóstomos lesam a parede do intestino do hospedeiro, provocam hemorragias já que se alimentam de sangue. O indivíduo fica anêmico, o que resulta em uma pele amarelada, daí a doença conhecida como amarelão. Em indivíduos bem nutridos evolui sem problemas, mais intensamente manifesta-se por anemia, desnutrição, prurido e queimação.

- Oxiuríase (*Enterobius vermicularis*)

Os oxiúros vivem no intestino grosso, onde provocam inflamações. Da mesma forma que as lombrigas, a contaminação ocorre por alimentos diversos contaminados. A principal manifestação é o prurido perianal intenso, podendo ocorrer dermatite e escoriações perianais secundárias ao prurido; caso os parasitas migrem há possibilidade de infecção vaginal e uretral.

- Tricuríase (*Trichuris trichiura*)

As infecções leves apresentam caráter assintomático e infecções graves apresentam dor, distensão abdominal e diarreia.

- Teníase

A teníase é uma doença causada pela tênia e pertence à Classe Cestoda, representada por parasitas intestinais que podem atingir até oito metros de comprimento. Não possuem sistema digestório, uma vez que absorvem nutrientes digeridos pelo hospedeiro. Há duas espécies de tênia: a *Taenia solium*, que parasita suínos e a *Taenia saginata*, parasitando bovinos. As tênia são hermafroditas e o animal humano é o hospedeiro definitivo, e suínos e bovinos são considerados hospedeiros intermediários. O contágio pode ser por água e alimentos contaminados, que são ingeridos por um dos hospedeiros intermediários, resultando na perfuração do intestino humano, através do escólex ("cabeça" do verme, que se fixa no intestino com a ajuda de ventosas).

Quando o indivíduo se alimenta da carne crua ou malpassada do animal contaminado, o indivíduo completa o ciclo da doença. A doença, em boa parte dos casos, é assintomática. Porém, alguns desconfortos podem ser percebidos, como alterações do apetite (fome intensa ou ausência total dela), enjôos, diarreias, irritações frequentes, fadiga e insônia<sup>13</sup>.

Simple hábitos como lavar bem os alimentos antes de consumi-los, lavar bem as mãos após utilizar o sanitário, trocar as roupas de cama com frequência, não andar descalço, manter as unhas curtas e limpas, devem ser adquiridos pela família para permitir que principalmente as crianças fiquem livres desses parasitas que tanto prejudicam sua saúde<sup>14</sup>. As doenças parasitárias estão associadas a determinantes sociais e ambientais, mostrando elevada prevalência em regiões com déficit em educação, precárias condições de habitação, abastecimento de água potável e saneamento básico<sup>15,16</sup>.

É fundamental a prática de medidas preventivas no contexto familiar com relação a parasitoses, no que se refere à manipulação, armazenamento e preparo de alimentos, conduta com a água a ser consumida, como também, conhecimento acerca desse tipo de agravo à saúde por parte da população, preferencialmente adquirido mediante um processo educativo, o qual possibilite o indivíduo a mudar comportamentos para a promoção de sua saúde. A concepção de educação em saúde não é um conceito novo entre nós. Desde o movimento de educação popular, surgido na década de 1950, no Brasil, pela ação do educador Paulo Freire e seus colaboradores, a partir das experiências de alfabetização de adultos, já se falava em conscientizar a população sobre seus direitos, em ampliar o acesso aos conhecimentos para que a população pudesse cuidar melhor de sua saúde, entre outros interesses.

Paulo Freire é reconhecido na América Latina graças às suas experiências e reflexões sobre movimentos sociais e processos de educação participativa e emancipatória, nas quais as pessoas são atores na construção de sua própria história, capazes de identificar problemas e formular soluções, transformando o meio onde vivem. Freire teve como princípio chave a crença de que o propósito da educação é a libertação humana, o que significa que as pessoas passam a ser sujeitos de seu próprio aprendizado. Todos participam como co-aprendizes desenvolvendo uma visão crítica do contexto social, no qual os problemas estão inseridos<sup>17,18</sup>.

É necessária uma reorganização dos serviços de saúde a fim de que adotem a educação em saúde como base para a capacitação das populações para que favoreça a organização das comunidades, com vistas a ampliar seu poder de negociação e controle para articular as mudanças necessárias nos determinantes do processo saúde-doença<sup>19</sup>.

Promoção da saúde é o processo de capacitação do indivíduo para melhorar e controlar sua saúde. Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com seu ambiente. Saúde é vista, portanto, como um meio de vida e não um objetivo. Nesse sentido, políticas de promoção de saúde envolvem abordagens diversas, mas complementares, levando em conta as diferenças sociais, culturais e econômicas de cada país <sup>20</sup>.

A educação em saúde deve focar a transformação social, considerando que os problemas de saúde são determinados pelas condições socioeconômicas, políticas, ambientais e comportamentais, desta forma, se faz necessária uma mudança no contexto do indivíduo, da comunidade e da sociedade <sup>19</sup>. O hábito de higiene da população que vive em condições sub-humanas é o fator decisivo no controle das parasitoses intestinais <sup>14</sup>, além de um programa de saneamento básico eficiente por parte das autoridades competentes.

## **6. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, de intervenção educativa, realizado com moradores da Folha 33 do município de Marabá-PA, desenvolvido pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) Enfermeira Zezinha. A metodologia constitui-se na revisão de prontuários para identificar principais parasitos e na execução de atividades educativas para prevenção das parasitoses. Durante atendimento médico observou-se que muitas crianças estavam sendo consultadas pela segunda vez neste ano de 2015 devido queixas sugestivas e/ou exames positivos para parasitoses.

O primeiro momento a ser realizado será a apresentação do projeto de intervenção para a equipe a fim de detectar a abrangência da ação a ser desenvolvida, identificando seu perfil socioeconômico, condições de saneamento básico, habitação e principais problemas encontrados na área, dentre outros aspectos que servirão como princípios norteadores das condições gerais da população adstrita, aspectos esses que auxiliarão na abordagem com os participantes do processo educativo.

O segundo momento será elaboração de um cronograma para revisão dos prontuários, levantamento de materiais necessários para a plena execução do projeto e a realização das atividades educativas.

O terceiro momento será a revisão de prontuários sendo utilizados como critérios de seleção crianças que tenham sido consultadas no ano de 2015, que apresentaram exame positivo para parasitoses e que foram medicadas, porém, após alguns meses retornaram para serem consultadas apresentando queixas sugestivas de parasitoses, ou seja, sugerindo reinfecção, levantando a importância da educação em saúde para prevenção das parasitoses.

O quarto momento será o levantamento dos agentes etiológicos mais frequentes causadores das parasitoses nas crianças selecionadas, possibilitando, com isto, direcionar o processo educativo. O quarto momento será a aproximação com a população, facilitada por intermédio de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) da área, visto que para o desenvolvimento do estudo e elaboração de estratégias de intervenção faz-se necessário o reconhecimento da área e dos fatores socioeconômico-culturais contribuintes às parasitoses. O primeiro contato se dará em domicílio com o esclarecimento da realização do estudo e agendamento das atividades posteriores.

O quinto momento consistirá das atividades educativas que ocorrerão simultaneamente com as crianças e respectivas mães e/ou responsáveis, na sede da Associação de Bairro, sendo as ações de promoção da saúde fundamentadas em atividades de educação em saúde. A Carta de Ottawa de 1986 define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo<sup>1</sup>.

Em relação à abordagem ao público infantil, acontecerá de forma interativa, utilizando-se de estratégias como: uso de bonecos, que trabalhará o tema “práticas corretas de higiene pessoal e alimentar”, com ênfase em informações e cuidados para a prevenção e o risco de adquirir parasitoses com uso do lúdico; dinâmicas com uso de figuras sobre práticas saudáveis, a fim promover o diálogo e a interação com o público. Também será realizada uma dinâmica que consistirá em convidar crianças do grupo, vedar seus olhos e então colocar tinta lavável atóxica em suas mãos dizendo ser sabonete líquido e pedir para que elas mostrem como lavam as mãos.

O intuito dessa dinâmica é demonstrar aos participantes que nem sempre se lava as mãos adequadamente e aproveitar para ensinar crianças e responsáveis os passos de uma lavagem correta das mãos. Em seguida será repetida a dinâmica para verificar se houve uma boa compreensão das crianças. Enquanto com as mães e/ou responsáveis, a abordagem se dará com a realização de uma roda de conversa, fa-

zendo uso de um manual informativo que contenha instruções para a profilaxia endoparasitária, esclarecimento de dúvidas relacionadas à higiene pessoal, preparo alimentar e comportamento próprio da infância que leva as crianças a um maior risco de contraírem parasitos. Também serão feitos debates sobre a prática de atividades cotidianas vinculadas à prevenção dos parasitos no contexto dessas famílias.

O sexto momento será o acompanhamento e avaliação dessas crianças selecionadas no intuito de avaliar o impacto das ações de educação em saúde na prevenção de parasitoses.

## 7. CRONOGRAMA

O cronograma de atividades abrange um período de seis meses e está apresentado no quadro abaixo:

Ações	Jul/15	Ago/15	Set/15	Out/15	Nov/15	Dez/15
Apresentação da proposta à equipe	x					
Elaboração do cronograma		x				
Escolha dos critérios de inclusão		x				
Revisão dos prontuários			x			
Escolha dos pacientes			x			
Levantamento dos agentes etiológicos			x	x		
Esclarecimento aos pacientes e familiares elegíveis sobre o estudo e agendamento das atividades educativas			x			
Realização das atividades educativas			x	x		
Avaliação e acompanhamento			x	x	x	x

## 8. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Prontuários dos pacientes selecionados;
- Papel A4;
- Cartolina;
- Cola;
- Marcadores permanentes;
- Canetas;
- Duas bonecas;
- Tinta lavável atóxica;
- Computador;
- Impressora;
- Sala para realização das atividades educativas;
- Profissionais: médica, enfermeira e 8 agentes comunitários de saúde;
- Equipamento de multimídia.

## 9. RESULTADOS

Pode-se constatar, através da observação, que a população enquadra-se como carente, com baixa situação socioeconômica. Verificou-se que essas crianças estão expostas a condições de risco além de infraestrutura de saneamento e habitação precária. Em relação à revisão dos prontuários, foram selecionadas 40 crianças que se enquadravam nos critérios de seleção. Ao analisar os tipos de parasitos foram encontrados os seguintes tipos em ordem decrescente: *Giardia lamblia*, *Ascaris lumbricoides*, *Endolimax nana*, *Entamoeba histolytica* e *Entamoeba coli*.

Dos 40 prontuários analisados, 12 crianças apresentavam três tipos de parasitos no mesmo exame, 14 tinham dois tipos e as outras 14 tinham apenas um tipo de parasito. Quanto às atividades educativas, trinta e seis crianças participaram acompanhadas de seus respectivos responsáveis, além de visitantes e os membros da equipe de saúde da família. Dentre os visitantes encontrava-se a presidente da



Associação de Bairro e um membro do Conselho de Saúde local. Identificaram-se um predomínio de crianças do sexo masculino, em idade entre 2 e 6 anos.

Com relação aos participantes adultos houve presença predominante de mães com faixa etária de 19 a 32 anos. Com relação à compreensão do conteúdo da ação educativa, transmitida em linguagem acessível à idade, sobre o que são parasitoses e quais os cuidados higiênicos e preventivos para enteroparasitoses, as crianças demonstraram ter compreendido, podendo ser constatado pela participação delas ao responder as indagações referentes à temática que foi anteriormente explanada.

Já os responsáveis das crianças, através da roda de conversa que abordavam a temática, esclareceram suas principais dúvidas, abordados comportamentos preventivos e condutas terapêuticas. Eles demonstraram ter compreendido bem os aspectos trabalhados através de exemplos de práticas higiênicas adequadas e não adequadas dados por muitos deles aos demais presentes. Ressaltaram também as dificuldades socioeconômicas, que muitas vezes os limitavam em relação às práticas preventivas, como ausência de banheiros, impossibilidade de aquisição de filtros de água, ausência de água encanada em casa, ausência de rede de esgoto, dentre outras.

Fomentar o envolvimento da população nessas ações contribui com o desenvolvimento do interesse e da independência no cuidado à saúde, garantindo o exercício da cidadania, além de promover a proximidade com os serviços de saúde<sup>23</sup>. O desenvolvimento de habilidades por meio da educação em saúde tem uma relação direta com a participação dos usuários para que estes possam ter um maior controle sobre a sua saúde e, assim, possam mudar o comportamento e passar a atuar de forma positiva, fundamentados no conhecimento<sup>23</sup>. A partir das habilidades e conhecimento construído, se pode fazer escolhas fundamentadas no pensamento crítico, no direcionamento das práticas de saúde e da vida. Este conhecimento dá às pessoas o poder e o controle sobre seu destino, fazendo com que estas enumerem suas prioridades, definam suas estratégias e implementem ações que visem uma melhora nas suas condições de saúde<sup>23</sup>.

Espera-se que a educação em saúde instigue a mudança de comportamentos tanto nas crianças como em seus responsáveis diminuindo as infecções e reinfeções por enteroparasitas.

## REFERÊNCIAS

1. Neves DP, Melo AL, Genaro O, Linardi PM. Parasitologia Humana. 11<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2005.
2. Basso RMC, Silva RRT, Soligo DS, Ribacki SI, Callegari JSM, Antoni ZBC. Evolução da prevalência de parasitoses intestinais em escolares em Caxias do Sul, RS. Rev Soc Bras Med Trop [periódico na Internet]. 2008;41(3):263-268. [acesso em 2009 Aug 12] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v41n3/a08v41n3.pdf> .
3. Ferreira GR, Andrade CFS. Alguns aspectos socioeconômicos relacionados a parasitoses intestinais e avaliação de uma intervenção educativa em escolares de Estiva Gerbi, SP. Rev Soc Bras Med Trop 2005;38:402-5. [periódico na Internet]. 2005;38(3) [acesso em 2009 Aug 08]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003786822005000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822005000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=PT)
4. Souza LM, Wagner W, Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. Rev Latinoam Enferm [periódico na Internet]. 2007;15(2) [acesso em 2009 Aug 11]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000200022&script=sci\\_arttext&tlng=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000200022&script=sci_arttext&tlng=PT)
5. Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Rev Latinoam Enferm [periódico na Internet]. 2005;13(3):423-[acesso em 2009 Aug 15] Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=405434&indexSearch=ID>
6. Montresor A, Engels D, Savioli L. Soiltransmitted helminthic infections: updating the global picture. Disease Control Priorities Project. Working Paper N° 12. Geneva:World Health Organization;2003. CH-1211-27.
7. WHO Expert Committee. Prevention and control of schistosomiasis and soil transmitted helminthiasis. World Health Organ Tech Rep Ser 2002;912:i-vi,1-57.
8. Ferreira HS, Assunção ML, Vasconcelos VS, Melo FP, Oliveira CG, Santos TO.
9. Saúde de populações marginalizadas: desnutrição, anemia e enteroparasitoses em crianças de uma favela do "Movimento dos Sem Teto", Maceió, Alagoas. Rev Brás Saúde Matern Infant 2002;2:177-85.

10. Molina MC, Gross R, Schell B, Cuelho Leão MA, Strack U, Brunken B. Nutritional status of children of urban lowincome communities, Brazil (1986). *Rev Saúde Pública* 1989;23:89-97.
11. Monteiro CA, Chieffi PP, Benicio MHD, Dias RMS, Torres DMAGV, Mangini ACS. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (Brasil), 1984/1985: VII – Parasitoses intestinais. *Rev Saúde Públ* 1988;22:8-15;
12. Ferreira MU, Ferreira CS, Monteiro CA. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saude Publica*. 2000;34(6 Supl):73-82. [[crossref](#)]
13. Silva SS. Situación de salud de los pueblos indígenas de Perú. Washington; Organización Panamericana de la Salud; 1998. p 38.
14. Morrone FB, Carneiro JA, dos Reis C, Cardozo CM, Ubal C, de Carli GA. Study of enteroparasites infection frequency and chemotherapeutic agents used in pediatric patients in a community living in Porto Alegre, RS, Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2004;46:77-80. [[pubmed/open access](#)] [[crossref](#)]
15. Carvalho-Costa FA, Gonçalves AQ, Lassance SL, Silva Neto LM, Salmazo CA, Bóia MN. Giardia lamblia and other intestinal parasitic infections and their relationships with nutritional status in children in Brazilian Amazon. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2007;49:147-53. [[pubmed/open access](#)] [[crossref](#)]
16. Korkes F, Kumagai FU, Belfort RN, Szejnfeld D, Abud TG, Kleinman A, et al. Relationship between intestinal parasitic infection in children and soil contamination in an urban slum. *J Trop Pediatr*. 2009;55:42-5. [[pubmed/open access](#)] [[crossref](#)]
17. Pérez Cordón G, Cordova Paz Soldan O, Vargas Vásquez F, Velasco Soto JR, Sempere Bordes L, Sánchez Moreno M, et al. Prevalence of enteroparasites and genotyping of Giardia lamblia in Peruvian children. *Parasitol Res*. 2008;103:459-65. [[pubmed/open access](#)] [[crossref](#)]
18. Pedroso, R. S.; Siqueira, R. V. Pesquisa de cistos de protozoários, larvas e ovos de helmintos em chupetas. *Jornal de Pediatria*, v.73: 21-25;1997.
19. Carvalho-Costa FA., Gonçalves AQ, Lassance SL, Silva NLM, Salmazo CAA, Bóia MN. Giardia lamblia and other intestinal parasitic infections and their relationships with nutritional status in children in Brazilian Amazon. *Rev Inst Med Trop SP* [periódico na Internet]. 2007;49(3):147 -153 [acessoem2009Aug12].Disponívelem: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003646652007000300003&script=sci\\_arttext&tlng=em](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003646652007000300003&script=sci_arttext&tlng=em)

20. Pereira, IMTB, Penteado, RZ, Marcelo VC. Promoção da Saúde e Educação em Saúde: uma parceria saudável. In: *O Mundo da Saúde*. São Paulo, ano 24 v.24 n.1 jan./fev. 2000.
21. Freire, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969.
22. Silva, RC. *A construção da prática fonoaudiológica no nível local norteadada pela Promoção da Saúde no município de Piracicaba*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada na Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo (USP). São Paulo. 2002.
23. Testa, M. et al. *Pensar em saúde*: ABRASCO. Porto Alegre, 1996.
24. Souza AC, Cunha AP, Saccol AP, Stefanos C, Hermógenes MV, Lima LM, Wosny AM. A extensão universitária no processo de educação e saúde: um estudo de caso. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*. 2007;4(5) [acesso em 2009 Aug 12] Disponível em: <http://www.periodivos.ufsc.br/indez.phd/extensio/article/viewarticle/5727>.