



EDILSON NOEL GUERRA MARTINEZ

**DIABETES, HIPERTENSÃO, DISLIPIDEMIA: CASO CLÍNICO.
ATENDIMENTO PRÉ-NATAL: PROMOÇÃO DA SAÚDE. PROJETO DE
INTERVENÇÃO. VERMINOSES, SUA RELAÇÃO COM EDUCAÇÃO EM SAÚDE E
PREVENÇÃO NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA- KM 74, VISEU, PARÁ.**

BELEM-PA

2017



EDILSON NOEL GUERRA MARTINEZ

**DIABETES, HIPERTENSÃO, DISLIPIDEMIA: CASO CLÍNICO.
ATENDIMENTO PRÉ-NATAL: PROMOÇÃO DA SAÚDE. PROJETO DE
INTERVENÇÃO. VERMINOSES, SUA RELAÇÃO COM EDUCAÇÃO EM SAÚDE E
PREVENÇÃO NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA- KM 74, VISEU, PARÁ.**

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: Warley Aguiar Simões

BELEM-PA

2017

RESUMO

Realiza-se apresentação de um caso clínico, que inclui o atendimento integral de uma família onde se apresenta diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia além de outros fatores de riscos. Descrevam-se as doenças e fatores de risco dos membros segundo suas anamneses, exames físicos, resultados complementares, plano terapêutico em seus acompanhamentos, também foram utilizados dados de intervenção da equipe em visitas domiciliares e a consulta médica, registrados nos prontuários. Uma atividade da promoção da saúde no atendimento ao pré-natal e outra de visita domiciliar. Projetou-se uma intervenção educativa em saúde, como uma proposta para trabalhar com pacientes com risco e doentes de verminose, geralmente aqueles de baixo nível de escolaridade, analfabetismo, e desconhecimento sobre a doença, presença de maus hábitos higiênicos sanitários e sem realizar medidas para evitar a doença (ingestão de água não tratado, não uso de calçados, não lavar as mãos depois de ir ao banheiro e antes de se alimentar) cadastrada na Unidade de Saúde “Km 74 do Município Viseu”. Constituída por cinco atividades educativas e acompanhamento semanal. Utiliza-se como método de avaliação o nível de conhecimentos antes e depois da intervenção, o que se deverá incrementar após a participação.

Descritores: Atenção primária em saúde, Diabetes mellitus, Educação em saúde, Hiperlipidemias, Pré-natal.

ABSTRACT

Realize a presentation of a clinical case, which includes the comprehensive care of a family with diabetes, high blood pressure, dyslipidemia and other risk factors. Are described diseases and risk factors of the members according to their anamnesis, physical examination, complementary results, treatment plan in its accompaniments, either team intervention data use is made, the medical consultation and home visits, present in the records. And one health promotion activity in prenatal care and other of homes visits. A project of educational intervention was performed to work with patients in risk and with intestinal parasite, generally with low level of education, illiteracy, ignorance about the disease, presence of inadequate hygiene habits, and without practicing preventive rule (ingestion untreated water, no use choose, and no washing the hand after to go bathroom and before ate something) of patients registered at "km 74 of Viseu municipio" Health Unit. There are five educational activities, and weekly monitoring. It is used as an evaluation method the level of knowledge before and after the intervention, which should increase following participation.

Keywords: Primary Health Care, Diabetes mellitus, Health Education, Hyperlipidemias, Prenatal Care

SUMÁRIO

1. <u>INTRODUÇÃO</u>	6
2. ESTUDO DE CASO CLINICO	9
3. <u>PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE - ATENÇÃO PRÉ-NATAL</u>	14
4. <u>VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO</u>	17
5. <u>REFLEXÃO CONCLUSIVA</u>	20
REFERENCIAS BIBLIOGRFICAS	24
<u>ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO</u>	25

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Edilson Noel Guerra Martínez, formado como médico geral em 1993 na Faculdade de Medicina da Província de Granma, Cuba, como médico especialista em Medicina Geral Integral no ano 1998, após três anos de residência, na própria Faculdade de Medicina e como mestre de urgências médica na universidade Bolivariana de Venezuela em 2011.

Trabalhei em comunidades rurais e urbanas da província e também em outros países como Belize no “Karl Husnel Hospital”, durante os anos 2003-2004, Guinéa Equatorial de 2004-2005, Venezuela de 2009-2012. Após a realização de outros cursos como Cuidados Intensivos do Adulto, comecei trabalhar no Sistema de Urgência e Emergência Médica no atendimento pré-hospitalar e depois na Unidade de Terapia Intensiva Emergente do Hospital “Carlos M. de Céspedes”. Atualmente integro o Projeto Mais Médicos para o Brasil, desempenho atividade como Médico da Família e a Comunidade na Unidade de Saúde da Família-USF Km74 da Vila Nazaré do Município Viseu, Estado do Pará, desde o mês de setembro de 2015.

A unidade está composta por uma sala do médico, uma sala de odontologia, uma sala de enfermagem e para coleta de PCCU, sala de vacinas, sala de curativos, sala de observação e triagem, a copa, armazém e a farmácia. A equipe de trabalho está formada por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um dentista, um administrativo e seis agentes de saúde. Presta-se assistência à população da Vila Nazaré e outras três comunidades da localidade. Encontra-se três igrejas, três escolas de ensino fundamental e uma de ensino médio, um CRAS os quais servem de apoio para orientar palestras sobre temas de interesse para esses grupos específicos e outros que repercutem na vida de toda população, com objetivo de divulgar questões de promoção e educação para a saúde tão necessária.

Na UBS onde atuo, a população total é de 2.635 pessoas, com um envelhecimento populacional o que podemos observar na pirâmide de idades (Graf. 2), Na faixa etária menor de cinco anos foram 309 pessoas, São frequentes as morbidades ligadas ao parasitismo intestinal, doenças infecciosas da pele (Escabiose,

Piodermite, Larva Migrans Cutânea) Ocupam um lugar importante de acordo com a época do ano as Doenças Respiratórias Agudas IRAS (infecções respiratórias), mas o parasitoses intestinal, que não só afetava as crianças também era frequente em adultos e jovens, doença já com pouca frequência em muitos lugares do mundo e do Brasil, de cada dez casos visto na consulta três chegam com sintomas como cólicas, anemia, palidez, manchas na pele e confirma-se com resultados de exames de fezes frescas, o qual demonstra um alto incidência e prevalência da doença na região, devido em grande parte à contaminação ambiental por falta de serviço de esgotos, não dispõe-se da coleta do lixo e rede de distribuição de água em mau estado sem serviço de coloração onde dispõe- se.

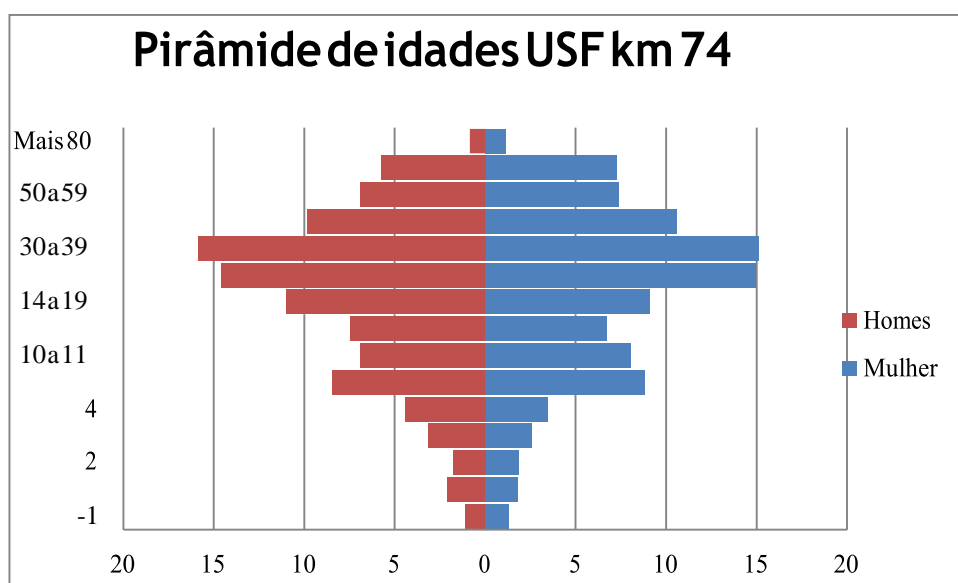
A verminose um dos problemas da área de grande preocupação, por a equipe de saúde da família, ainda que não levasse à morte, mas que vem afetando a qualidade de vida da população. Por isso consideramos um trabalho de intervenção de fundamental importância, pois vem garantir uma prevenção e cura desse problema que afeta a poluição assim como a educação em saúde que servira como meios eficazes para se ter uma vida saudável.

Tabela1. Distribuição da população por facha etária

Idades (Anos)	Mulher	Mulher %	Homes	Homes %	Total
-1	17	1,277235	14	1,07362	31
1	24	1,803156	27	2,070552	51
2	25	1,878287	23	1,763804	48
3	34	2,55447	41	3,144172	75
4	46	3,456048	58	4,447853	104
5 a 9	117	8,790383	110	8,435583	227
10 a 11	107	8,039068	90	6,90184	197
12 a 14	89	6,686702	97	7,43865	186
14 a 19	121	9,090909	143	10,96626	264
20 a 29	199	14,95116	190	14,57055	389
30 a 39	201	15,10143	207	15,87423	408
40 a 49	141	10,59354	128	9,815951	269
50 a 59	98	7,362885	90	6,90184	188
60 a 80	97	7,287754	75	5,751534	172
mais 80	15	1,126972	11	0,843558	26
Total	1331	50,51233	1304	49,48767	2635

Nota. Dados estatísticos extraídos dos cadastros dos ACS. UBS Km74.Viseu. Pará.2016.

Grafico 1. Pirâmide de idades



Nota: Dados estatísticos extraídos dos cadastros dos ACS. UBS Km74.Viseu. Pará.2016.

Na faixa etária entre 20 e mais anos é de 1.452 pessoas como pode se observar na tabela1. Além das patologias do aparelho ósteo articular (Hérnia de Disco Vertebral, Artrite dos Joelhos, bursite, dorsalgias em geral) frequentes nestas idades, encontra-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) sendo as de maior mobilidade. Por essa razão nosso trabalho educativo busca a população adulta é preferentemente para os pacientes do programa hiperdia, na qual buscamos o controle dos fatores de risco, associado a medidas preventivas e da promoção da saúde, é capaz de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas destas enfermidades, resultando em melhor qualidade de vida dos indivíduos.

Da mesma forma, o controle delas resulta na redução de danos aos órgãos-alvo. Para o controle desta patologia, são necessárias medidas que envolvam mudanças no estilo de vida do indivíduo. O manejo da hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento. A equipe de Saúde da Família possui um papel fundamental neste processo, por isso o objetivo principal da nossa equipe é trabalhar nessas mudanças com nossa população.

2. ESTUDO DE CASO CLINICO

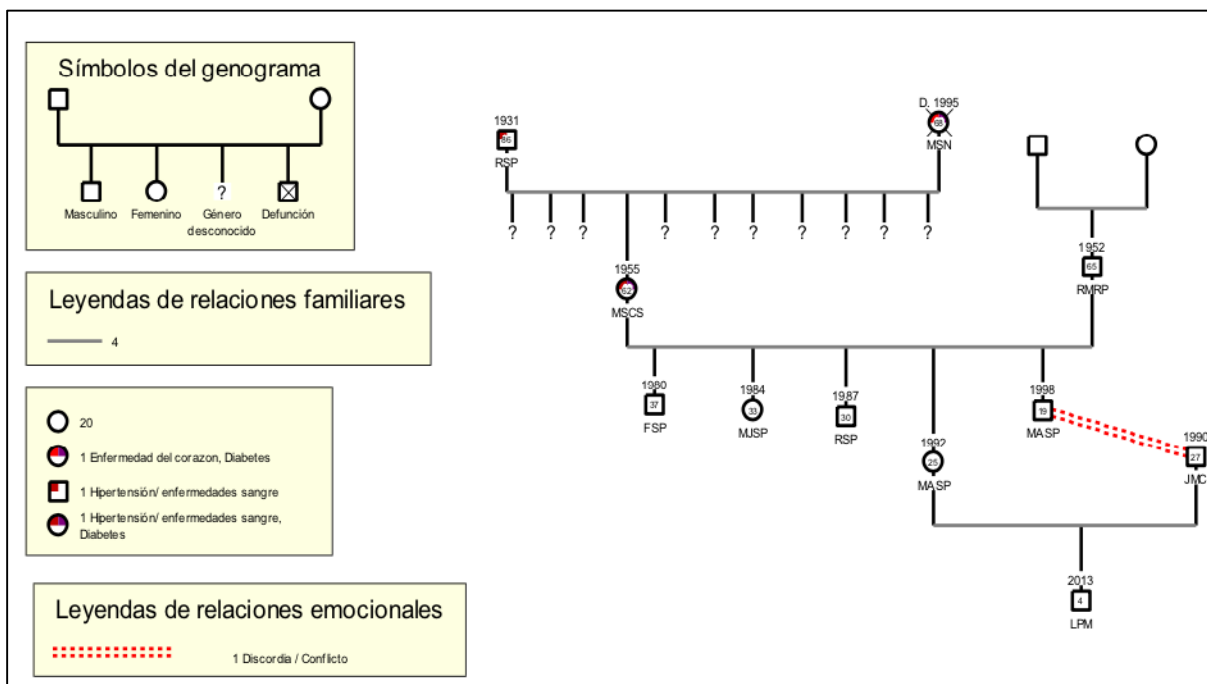
Subjetivo: MRSP (se utilizarão só iniciais dos nomes dos pacientes para preservar sua privacidade), de 62 anos de idade, diabética e hipertensa, queixa tonturas e dor de cabeça frequente, de localização frontal e moderada intensidade, dificuldade para enxergar. Com lesão ulcerada no pé direito, e que não melhora fazendo tratamento com “remédios caseiros”, além disso, sente dormência e câimbras nos pés. Urina várias vezes ao dia e sente ardor, toma muita água, tem sede constante.

Realiza tratamento com Metformina (500 mg) no café da manhã e no jantar, Glibenclamida (5mg) 01 no café e no jantar. Losartana (50mg) de 12 em 12 horas.

Antecedentes pessoais: Diabetes Mellitus, Hipertensão arterial. Antecedentes familiares: Mãe: Morta IAM (Diabetes mellitus), Pai: Vivo (Hipertensão Arterial sistêmica). Vacinas: atualizadas. Moradia: A casa com quatro quartos, boas condições estruturais, de tijolo, telhas e piso de lajota, quintal grande e limpo. Historia psicossocial: Nascida em 04/5/1954 numa família de lavradores, com sustento da roça e agora vive da aposentadoria devido a sua incapacidade para trabalhar. É a quarta do total de 11 irmãos. O pai PJN, de 86 anos, tem acompanhamento por hipertensão arterial sistêmica, gosta de tomar cachaça às vezes, a mãe MSN era diabética, morreu de infarto cardíaco á idade de 68 anos em 1995, gostava de fumar tabaco.

A paciente é casada com o Senhor RMRP, de 65 anos teve cinco filhos, três filhos homens, FSP de 37, RSP de 30 e CFSP de 19 anos respectivamente, e duas filhas, MJSP de 33 e MASP de 25 anos, todos com o ensino fundamental. Convive com ela o esposo, a filha de 25 anos e o marido dela, JMF de 27 anos, com um filho, LPM de quatro anos; e o filho de 19 anos que é solteiro, não “se da bem” com o cunhado porque gosta de beber e jogar. Os outros filhos não moram mais na casa.

GENOGRAMA - (<http://www.genopro.com>)



Objetivo: Exame físico: (PA: 170/107 mmhg. Peso: 90 kg; altura 1,62 metros).
 IMC: 34.2. Circunferência abdominal: 121 cm. Glicemia capilar no jejum 350 mg/dl.
 Olhos: Diminuição da visão, com opacidade do cristalino direito. Pulsos pediosos muito fracos. Pé direito Lesão ulcerada de 2 x 1 centímetro com bordes grossos, base avermelhada e fundo com tecido branco-amarelado. Atrofia dos músculos dos dedos dos pés. Diminuição da sensibilidade tátil e dolorosa.

Avaliação diagnóstica: (Registro Orientado por Problemas).

- Diabetes mellitus Tipo 2 descontrolada.
- Hipertensão Arterial Sistêmica estágio 2 descontrolada.
- Insuficiência arterial.
- Neuropatia diabética.
- Úlcera no pé direito.
- Catarata olho direito.
- Tabagismo.
- Obesidade G- I.

Plano Terapêutico. Modificação do tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melitus.

- Losartana 01 comprimido de 12/12 horas. (8)
- Anlodipino (10 mg) 01 comprimido ao dia.(8)
- Metformina (850mg) 01 comprimido junto com o café de manhã, almoço e no jantar. (4,5)
- Glibenclamida (5mg) 01 comprimido antes do café da manhã e do jantar.(4,5)
- Cefalexina 500 mg. 01 caps. Cada 6 horas (10 dias) (3)
- Curativo diário no posto da lesão ulcerada do pé com Cloreto de sódio 0,9 %, Iodo povidona e Nitrofurazona creme. (3)

Plano diagnóstico: Orienta-se para realização de exames complementares: Hemograma completo, glicemia, hemoglobina glicada, creatinina, colesterol total, LDL e HDL colesterol, triglicerídeos, ácido úrico, transaminase glutâmica pirúvica (TGP), transaminase glutâmica oxalacética (TGO), exame das fezes, eletrocardiograma, ultrassom abdominal, Rx de tórax.

Plano Educativo: Orientar em quanto à importância da adesão ao tratamento em geral. Mudanças alimentares. (2,3) e começar a diminuir até eliminar o consumo de cigarros. Acompanhamento: Agendar consulta para atendimento programado continuado em 15 dias e encaminhamento para Oftalmologista e Angiologia (1-4).

SEGUNDA CONSULTA

Subjetivo: Diz que tomou as medicações segundo foi indicada, melhorou a dor de cabeça, já não tem ardor na urina, resto igual, trouxe resultados dos exames. Exames Complementares: Hemoglobina 13,7 g/% Leucos: 5,400/mm, Diferencial: Segmentados. 64%, Linfócitos.25%, Eosinófilos. 9%, Monócitos.02%. Colesterol total 248 mg/dl; HDL colesterol 38mg/dl, LDL Colesterol 147 mg/dl Triglicerídeos: 246 mg/dl. Glicose de jejum: 158 mg/dl. Hemoglobina Glicada 6,7%. Glicemia média estimada 156 mg/dl. TGP 29 UI/L, TGO 27 UI/L, Creatinina 0,90 mg/dl. Urina. Ligeiramente turvo, amarelo citrino, Densidade 1.019, pH 6.0, Glicose +, Proteínas negativo, Leucos negativo, hemácias negativo, bactérias negativo, piócitos 4 p/c. Leveduras raras. Fezes: Ovos de ancilostomídeos. Eletrocardiograma. Ritmo sinusal,

frequência cardíaca 80 BPM, bloqueio incompleto do ramo esquerdo, e hipertrofia ventricular. Não alterações do ST-T. Ultrassom abdominal: Esteatose hepática leve. Rx de tórax (PA): Sem alterações. Objetivo: Exame físico: PA: 130/80 mmHg. Peso: 90 kg; altura 1,62 metros). IMC: 34.2. Circunferência abdominal: 121 cm. Lesão ulcerada do pé com fundo limpo.

Avaliação diagnóstica:

- Síndrome metabólica.
- Hipertensão Arterial Sistêmica compensada.
- Diabetes mellitus Tipo 2 descompensada.
- Obesidade.
- Dislipidemia.
- Insuficiência arterial.
- Tabaquismo.
- Úlcera no pé.
- Parasitismo Intestinal.
- Esteatose hepática.

Plano terapêutico:

- Loartana 50 mg tomar 01 comprimido de 12/12 horas. (8)
- Anlodipino (10 mg) tomar 01 comprimido ao dia. (8)
- Metformina (850mg) tomar 01 comprimido junto com o café de manhã, almoço e no jantar. (4,5)
- Glibenclamida (5mg) 01 comprimido antes do café da manhã, almoço e do jantar. (4,5)
- Acido acetil salicílico (AAS) (100mg) tomar 01 comprimido no almoço. (5,8)
- Sinvastatina (40mg) tomar 01 comprimido as 21:00 horas por 3 meses. (5)
- Albendazol (400 mg) tomar 01 comprimido dose diária por três dias.
- Continuar o curativo local da lesão.
- Seguimento: Consulta mensal.

Plano educativo: Informa-lhe sobre a importância:

- Alimentação hipocalórica, com baixo teor de gorduras, não usar manteiga, alimentos fritos, embutidos, ou com açúcar refinado, e incrementar frutas verdura e ingestão de água. Escolher gorduras não saturadas. Conseguir baixar de 4,8 – 9,6 kg do peso atual (5-10%).
- De realizar exercícios de resistência muscular, caminhada por 30 minutos e alongamentos três vezes na semana como mínimo. Uma vez que cicatrizes o ferimento do pé.
- Das consequências negativas para a saúde pessoal e dos conviventes pelo uso de cigarros.
- Melhorar sua comunicação com os demais membros da família, aceitar diferenças pessoais e de gerações, incrementar atividades de lazer (4,5,8).

TERCEIRA CONSULTA

Subjetivo: Não tem sintomas urinários, sente-se bem. Glicemia 99mg/dl. Colesterol total 185 mg/dl. LDL Colesterol 141 mg/dl, Triglicérides 148.0 mg/dl. Objetivo: Exame físico: Pé direito lesão em fase de cicatrização. Peso corporal da paciente diminuiu (88,0 kg). Plano terapêutico: Orienta-se continuar com igual tratamento em geral. Recomendou-se começar com caminhadas diárias, em tanto este sarado a lesão do pé, observando o uso de sapato confortável e o cuidado dos pés.

3. PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE - ATENÇÃO PRÉ-NATAL

O atendimento pré-natal não começa na consulta de cadastro da grávida, deve-se começar nas consultas de avaliação pré-concepcional na qual o casal assiste antes de uma gravidez, com o objetivo de identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação, assim tratar doenças, eliminar riscos e orientar qual é o momento ideal para se engravidar e o que fazer para eliminar cada risco, enviar a vacina a futura mãe para engravidar em ótimas condições físicas e psicossocial, o que não sempre se consegue . Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil (1).

Trabalha-se em equipe na Unidade Básica de Saúde (UBS), ação muito importante para a identificação precoce de todas as gestantes na comunidade para o pronto início do acompanhamento pré-natal, sendo ideal no primeiro trimestre da gravidez, isso habitualmente acontece nas visitas nos domicílios pelos agentes comunitários de saúde (ACS); o que garante intervenções oportunas na prevenção ou tratamento de doenças quando necessário; pelas que são encaminhadas a consulta medica ou de enfermagem para a realização do teste de gravidez(beta HCG) e confirmar a gravidez.

Na primeira consulta é feito o cadastro da grávida na unidade de saúde da família no Sis prenatal e preenchimento do cartão de grávida, uma vez confirmada a gravidez pela positividade do teste de gravidez; realiza-se uma fala ampla com a gestante e os familiares em caso estar presentes, procurando pelos antecedentes obstétricos, a data de última menstruação, antecedentes patológicos pessoais e familiar, sinais e sintomas atuais, é feito exame físico geral e por sistemas onde inclui medidas antropométricas para a avaliação do estado nutricional; identificando alterações que orientem ao diagnostico precoce de patologias e facilitem a tomada de conduta, incluído a verificação da situação vacinal. Finalmente classificamos a gravidez de baixo risco ou de alto risco, o qual decide a conduta futura. Nesta primeira consulta é encaminhada para:

- Tomar vacinas para a prevenção de doenças no recém-nascido (tétano neonatal, Hepatites B, entre outras) no caso se necessário (1,2).

- A atenção odontológica para evitar focos sépticos causadores de infecção na grávida ou recém-nascido (1,2).
- O uso de roupas folgadas, sapatos baixos e confortáveis (1,2).
- Ingestão abundantes de líquidos para evitar infecção urinária que vem sendo causa de aborto e baixo peso ao nascer e é frequente na gravidez devido a diminuição da imunidade.
- Fazer 5 refeições ao dia, com alimentos saudáveis (proteínas, frutas e vegetais, predominantemente), para evitar uma hipoglicemia e garantir uma nutrição adequada (1,2).
- Fazer os exames para detecção precoce de doenças como: Toxoplasmose, Diabetes mellitus(glicemia em jejum),Hepatites B e C, anemia e tipo (dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht), eletroforese de hemoglobina), proteinúria (teste rápido), infecção urinaria (exame sumário de urina ou urocultura com antibiograma), infecção por HIV(teste rápido diagnóstico para HIV e sorologia para HIV), sífilis (VDRL/RPR), possibilidade futura de conflito de grupo e RHao nascimento do feto (grupo sanguíneo e fator Rh) e outros, exame parasitológico de fezes, colpocitologiaoncótica, bacterioscopia do conteúdo vaginal; muitas destas causadoras de aborto ou parto prematuro, outras são transmitidas da mãe ao feto(1,2).
- Ingestão de sulfato ferroso e ácido fólico preventivamente, para evitar anemia o agravo da mesma (1,2).

Solicita-se a colaboração da família, em visita domiciliar, para eliminar o excesso de capim perto da casa e diminuir a infestação por mosquitos e outros insetos, disponibilizar mosquiteiros e repelentes adequados para evitar doenças como a Zika, causa de microcefalia nos recém-nascidos. Numa segunda consulta faz-se uma segunda avaliação do risco ao observar os resultados dos exames, o que acontece em cada consulta. No caso de ser de alto risco é encaminhada para acompanhamento por obstetrícia, caso de uma emergência ou urgência é encaminhada de imediato. Nos casos de baixo risco o seguimento é nosso, não tem sido demonstrado diferencia entre as pacientes acompanhadas por médicos gerais e obstetras nos casos de um risco baixo (1). Trabalha-se em equipe com os Agentes

Comunitários de Saúde para ajudar na orientação da grávida e a família para evitar o parto acontecer no domicílio, pratica ainda frequente nesta região, garantir a assistência nas consultas pré-natais e na primeira semana após do parto para a realização do teste de pezinho e iniciar esquema vacinal, junto á puericultura da criança verificando o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida após do nascimento da criança e misto até os dois anos.

É frequente encontrar grávidas, sobre tudo adolescentes com poucos conhecimentos em relação à saúde em geral,atenção pré-natal em particular, sendo necessário apoiarmos, na palestra coletiva, no dia destinado para consultas de pré-natal, tanto do médico como do enfermeiro e na visita domiciliar. Aconteceu uma situação particular de uma adolescentede 13 anos de idade, dependente da ajuda da família que já é numerosa e mora num povoado afastado do posto. Comparece procurando encaminhamento para o “especialista” porque na sua família, tem um tio que morreu por uma anemia falciforme, e trouxe os resultados dos exames indicados no cadastro da gravides, mas como no interrogatório inicial no cadastro ela manifestou o antecedente de anemia falciforme na família, foi indicado ao parceiro uma eletroforese de hemoglobina também, na avaliação dos resultados o casal Hb AA e ela Hb AS.

Então foi oferecida orientação genética onde explicamos para ela e os familiares presentes preocupados, no caso dela geneticamente como o casal foi de Hemoglobina AA, só tinha 25% de probabilidade de ser como ela com traço falciforme e 75% de ser normal e em qualquer dos casos não teria porque se preocupar, pois não tem diferença nenhuma clinicamente, caso fosse Hb AA ou AS, do ponto de vista hematológico, as contagens globais e a morfologia do eritrócito são normais. Também a sobrevida da hemácia é normal. Portanto os indivíduos não apresentam anemia ou hemólise (7).

Além disso, explica-se a importância do teste de pezinho na criança para conhecer o tipo de hemoglobina entre outras doenças que são investigadas nele. Apresentar traço falciforme só é importante na hora de eleger casal, porque deviam assistir a uma consulta de risco pre-concepcional, onde fosse orientado adequadamente neste caso, para evitar ter filhos com a doença (6). Nos casos de grávidas que são encaminhadas por alto risco, realiza-se acompanhamento paralelo, com vistas da equipe em domicílio, e poder orientar na família e verificar que assista com a obstetra. Em cada consulta se explora não só a parte física

também explorou a parte psicológica e social, nos casos das adolescentes junto com a equipe de apoio do CRAS, orientamos a continuar estudando, solicitando o apoio total da família, para um bom desenvolvimento da gravidez e da criança como produto final, enfatizando, no controle pré-concepcional após do parto.

É revisado o exame obstétrico, esquema vacinal, estado nutricional, assim como os resultados dos exames, correspondentes a cada data na evolução da gravidez. Os grupos de grávidas, consultas, visitas domiciliar são aproveitados para orientar as técnicas de amamentação, e sua importância, mostrando as vantagens para ela e para a criança, porque é importante seja exclusiva até o sexto mês de vida da criança; nas últimas consultas além disso, é orientada para o momento do parto, e o que fazer nesse caso, fala-se sobre os cuidados do filho nos primeiros dias de vida o que pode fazer, se acontecesse demora na chegada do leite nas primeiras 24h de parida, tudo para garantir o bem-estar da mãe e o filho.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

As práticas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) prevê a utilização da assistência domiciliar à saúde, em especial, a visita domiciliar, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e conhecimento da realidade de vida da população, estabelecendo vínculos com a mesma; visando atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infraestrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias.

Tendo em consideração que saúde é um estado de equilíbrio biológico, mental e social, é através da visita domiciliar que o Profissional da saúde pode avaliar a família na sua complexidade. Para lograr tal equilíbrio se devem identificar fatores de risco individuais e coletivos, como estrutura e dinâmica familiar, moradia, características ambientais, higiênicas e sanitárias, que podem estar influenciando de maneira negativa na saúde do paciente (9).

A assistência domiciliar à saúde tem sido integrada ao exercício da ESF como forma de acesso da atuação profissional em saúde a comunidade e ao domicílio, ambiente de vida dos pacientes e familiares. Observou-se que esse tipo de assistência é reconhecido em sua importância e em suas diferentes dimensões pelos profissionais, que a exercem. Durante o acompanhamento no domicílio realizam-se

atividades de promoção e prevenção de saúde com objetivo de conseguir mudanças no estilo de vida, cumprindo o objetivo fundamental da Atenção Primária na Saúde que é a prevenção e promoção da saúde(9).

Realiza-se o atendimento e acompanhamento de doenças agudas e crônicas para evitar complicações, porém evitar internação hospitalares desnecessárias, garantindo um retorno precoce ao domicílio e concluir ou continuar o tratamento uma vez que a condição que motivou a internação não representa risco para a vida da pessoa, permitindo a continuidade da atenção e a diminuição na demanda dos serviços de segundo nível. A grande aspiração do atendimento domiciliar, beneficiando ao doente, família e ao próprio sistema de saúde foi consolidado com o Programa Melhor em Casa. Ainda não seja muito usada a prática da internação domiciliar nos casos necessitados, sempre com o consentimento da família, disponibilidade de recursos humanos e materiais que cubram a assistência durante o tempo requerido, é uma ótima ferramenta que permite a participação ativa no processo saúde-doença do paciente e a família (9).

Em nossa unidade de saúde, as visitas nos domicílios formam parte do acolhimento e o acompanhamento dos pacientes, além das visitas diárias e contínuas das agentes de saúde, temos programados um dia da semana de visita domiciliar, alternando o acompanhamento pelo médico e pelo enfermeiro, junto ao agente de saúde da comunidade e a técnica de enfermagem. Nesse dia são visitados pacientes acamados, com incapacidades, de saúde mental, doenças crônicas, situação social precária, muito idoso, algumas doenças agudas, entre outros, dando acompanhamento a eles. Além das visitas programadas faço atendimento da demanda espontânea de visita domiciliar quando é solicitada por doenças agudas ou crônicas descompensadas que não tem como comparecer a consulta.

A Unidade de Saúde onde atuo parte de nossa população se vê afetada por o difícil acesso as suas micro-áreas do atendimento a comunidades rurais que ficam longe e muitas delas são de difícil acesso, devido a longas distancia e má qualidade das estradas, sobre tudo na época de chuvas. A população em geral é muito carente e de baixo nível acadêmico, por o que precisa do monitoramento mais contínuo nas orientações médicas. Nossas comunidades há um alto índice de alcoolismo, mas é muito difícil lograr o acompanhamento deles devido, que eles não reconhecem o problema de saúde que tem, porém encaminhamos nosso esforço no apoio da família, nas atividades de prevenção e promoção de saúde, onde contamos com a equipe de

apoio da saúde da família trabalhando como uma equipe multidisciplinar, sendo o lugar ideal o domicílio do cliente. Os pacientes com câncer programa-se um grupo de ações dentre delas e importante as visitas domiciliar da equipe e a preparação do cuidador para lograr um acompanhamento com qualidade, realiza-se pesquisa de câncer de pele. As lesões na pele de tipo pre-cancerígenas são avaliadas, e é referido para o Dermatologista se for necessário.

Os pacientes com diagnóstico de Hanseníase tem acompanhamento cada mês, e recebem o tratamento em nossa unidade, com supervisão na visita a domicílio, pesquisa de contato, e orientando o que fazer no caso aparecer sinais o sintomas da doença, outro caso dos mais frequentes visitados são os de doenças mentais, dando um conforto familiar e apoio em tudo. Também é frequente os casos de verminose intestinal, sendo de grande importância a visita a domicílio para identificar e poder orientar a corrigir os riscos identificados em cada caso junto à família, isso foi motivo de fazer uma intervenção comunitária onde as visitas as famílias foi um pilar muito importante para identificação dos alvos.

A visita domiciliar como alternativa assistencial é destacada no atendimento à pacientes com problemas específicos, no ambiente familiar. Consideramos a visita domiciliar meio para adequar os conhecimentos e procedimentos adquiridos às condições sociais, econômicas, ambientais e culturais do paciente-família. A visita domiciliar faz parte, também, do panorama da área de pesquisa, quando busca-se obter dados para identificar problemas que atingem indivíduos e suas famílias em situações específicas. Exemplo são as atividades que desempenha a equipe junto a crianças e adolescentes nas escolas, CRAS e comunidades, com o objetivo melhorar e fortalecer os projetos de vida.

A visita domiciliar ha permitido à equipe estar mais próximo do cotidiano das famílias permitindo-lhes conhecer, interpretar e vivenciar o meio onde elas vivem, identificando assim, os vários problemas que afetam a sua realização. Temos que destacar o trabalho da equipe com um grande grupo de pacientes com doenças crônicas em condições para comparecer na consulta, mas que não gostam de ir até a USF. Eles são atendidos em todos os aspectos de suas doenças, sempre lhe aconselhando sobrea importância e necessidade da consulta periódica. Particularizando em cada caso, que não sempre envolve um problema único e precisa de resposta a mais de uma doença e as situações próprias de cada família e seu meio social (9-11).O atendimento domiciliar ocupa um lugar importante tanto como a própria

consulta na USF, ela oferece a possibilidade de abarcar difíceis situações de saúde e confeccionar planos terapêuticos conjuntamente com o paciente, que incluía família, amigos e até a comunidade em casos complexos, o que se torna difícil na consulta na unidade, também permite a orientação e ajuda para o cuidador (11).

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Fazendo uma análise do que foi acontecendo ao longo do curso de especialização considero que tudo foi muito bem planejado, o que permitiu o conhecimento dos protocolos aplicados na atenção primária no Brasil, o que com toda certeza repercute num melhor atendimento dos pacientes que são assistidos nas consultas, em domicílio, na rua, na escola, no posto de trabalho e diferentes partes de nossa área de abrangência. Já conhecemos como esta desenhada e projetada o trabalho desenvolvido pelo ministério, também aprendemos as realidades dos interiores do Brasil, como vivem as populações mais necessitadas, o que está sendo feito e o que mais pode ser feito.

As cidades fictícias permitiram nos orientar o que acontece em cada região do Brasil, em cada caso estudados, deu para observar o dia a dia dos pacientes que atendemos nossas USF, os casos complexos analisados estão perfeitamente desenhados para nossa superação, ajustados às necessidades de aprendizagem. Por outro lado fazer um DVD para o estudo do curso off-line foi de grande ajuda para os médicos que trabalhamos em zonas onde a internet não permite fazer o curso como foi desenhado inicialmente 100% online, mas a realidade é que oito horas semanais, não são suficientes para poder chegar a toda a bibliografia e realizar as tarefas, precisa de um esforço maior do educando, também considerei a bibliografia de cada caso ampla e atualizada permitindo incrementar nosso conhecimento das condutas terapêuticas, tendo assim mais opções de tratamentos.

Trabalhar em áreas como esta, com baixos recursos econômicos, com alto nível de analfabetismo, com dificuldades em infraestrutura social, pela ausência de rede de evacuação de resíduos, a água de consumo nem sempre se consome tratada, e gera muitas doenças as quais foram expostos neste curso e compartilhado com outros colegas, que passaram por situações similares e outras apresentadas nos casos estudados, e que foram solucionados sem muitas dificuldades. O ensino

polêmico permitiu que o trabalho durante o tempo das aulas de especialização transformando-se, em uma avaliação constante dos clínicos analisados e os modelos práticos usados, aumentando assim a experiência sobre o trabalho em equipe ao incorporar a experiência pessoal as peculiaridades, as habilidades de cada membro da equipe, na solução dos problemas ao fazer o aprendizado nas aulas do curso, conseguimos entender e atuar corretamente.

Reconhecemos que apesar de todo o esforço, ainda falta muito trabalho pela frente para alcançar os objetivos na saúde de nossa população, pelo que dedicamos esforços dirigidos a ampliar tarefas no setor de promoção de saúde, elevar a cultura sanitária da população, aquisição de crítica dos riscos, elevar a responsabilidade pessoal com a saúde individual, familiar e coletiva. Permitiu uma estratégia no trabalho muito melhor, com os grupos de riscos, ao conhecer as informações sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no município e no estado, apresentadas em legislações, princípios e diretrizes para um adequado funcionamento. Temos que reconhecer dificuldades, agendamento de consultas e tratamentos especializados, que ditam muito da capacidade de resposta ante uma demanda cada vez mais crescente.

No meu município Viseu a Secretaria de Saúde, junta à prefeitura fazem grande esforço para melhorar a infraestrutura, recursos humanos, disponibilização de medicamentos e transporte sanitário e com isso melhorar a saúde da população, mas nem sempre se conseguem todas as soluções tendo em vista que têm coisas que transcendem o limite geográfico e dos recursos próprios. Em conclusão este curso permitiu o melhoramento nosso como profissionais no Brasil, obrigado ao coletivo do curso.

REFERENCIAS BIBLIOGRFICAS

1. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32 Brasília-DF 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
2. Atenção à Saúde da Gestante em APS Maria Lucia Medeiros Lenz Rui Flores Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. 2011. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf>.
3. Atenção integral ao portador de Pé Diabético - Caiafa J et al. <http://sbacv.com.br/pdf/manual-do-pe-diabetico-final.pdf>.
4. Cadernos de Atenção Básica. 38 Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção à Saúde | Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica. Diabetes Mellitus Cadernos de Atenção Básica, nº 36 Brasília – DF 2013 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf.
5. Diretriz Brasileira de Diagnostico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 84, Suplemento I, Abril 2005. <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84s1/a01v84s1.pdf>
6. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2829_14_12_2012.html
7. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência doença falciforme; O que se deve saber sobre herança genética. <http://www.nupad.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/2016/12/O-que-se-deve-saber-sobre-Heranca-Genetica.pdf>
8. Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção à Saúde | Departamento de Atenção Básica Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília – DF 2013 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 1. Brasília, DF: Ministério de saúde; 2012. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Cuidados em Terapia Nutricional. Volume 2 Brasília, DF: Ministério de saúde; 2015. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Cuidados em Terapia Nutricional Volume 3 Brasília, DF: Ministério de saúde; 2015. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf.

ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO



EDILSON NOEL GUERRA MARTINEZ

**VERMINOSES, SUA RELAÇÃO COM EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO
NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA- KM 74, VISEU, PARÁ.**

VISEU-PA

2016

1. INTRODUÇÃO

O município de Viseu é um dos municípios da Amazônia Brasileira, localizada no estado do Pará. A origem do município remonta-se ao século XVI, quando, em 1521, pela primeira vez, um estrangeiro, Diogo Leite, adentrou as terras que eram habitadas pelos índios das tribos Tupinambás e Apotiangas. Posteriormente, no século XVII, essa mesma região passou a ser ocupada pelos franceses, originando reações políticas e militares.

Entretanto, comprovações documentais dão conta de que o atual município de Viseu surgiu a partir de um primeiro povoado, fundado em 1620, por ordem do Governador do Maranhão e do Pará, Francisco Coelho de Carvalho, na aldeia dos índios Apotiangas, segundo o portal viseu. O município segundo IBGE possui uma área de 4.915,073 km², em 2010 uma população de 56.716 habitantes, uma estimativa em 2015 de 59.054 habitantes, com uma densidade demográfica em 2010 de 11.54 hab/ km² e em 2015 de 12,09 hab./km². Localiza-se a uma latitude 01°11'48" sul e a uma longitude 46°08'24" oeste, estando a uma altitude de 15 metros, permitindo fazer fronteira com um estado vizinho do Maranhão, sendo o Rio Gurupi o limite dos estados. Quanto à economia, é baseada principalmente na agricultura e serviços, o município tem (2 038) 3,5% de desempregados. A maior empresa da cidade é Prefeitura, que trabalha no ramo de administração e tem 1500 funcionários. Do retorno de ICMS ao município, são destinados para a SAÚDE 15 %. No município, do total de habitantes, 29.817 são homens e 26.899 são mulheres. 7.172 tem menos de cinco anos e 3.883 tem mais de 60 anos. 18.397 moram na zona urbana e 38.319 na zona rural. (Perfil do Município Viseu, Pará).

Quanto à escolaridade, temos cerca de 28,5% de pessoas analfabetas. Quanto ao lazer, as principais alternativas são: futebol, as praias, os balneários nos rios, localizados próximos aos povoados. Valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes rurais R\$ 90,00 reais (IBGE). A Unidade Saúde da Família (USF) do km 74, forma parte das 17 unidades do município de Viseu, pertencente à zona rural que como vimos é onde mora a maior quantidade de habitantes, 66,8 % do total do município, as condições sanitárias não são boas, carecem de esgoto, o consumo de água é de poço ou de rios, sem tratamento geralmente, condições econômicas precárias devido à carência de empregos, pois só tem emprego os funcionários públicos, os demais, vivem da pecuária, da roça ou

serviços ocasionais. A infecção parasitaria afetam o mundo todo, com alta prevalência em algumas regiões, sobre tudo as mais pobres e de menor desenvolvimento, afetando a indivíduos de todas as idades e sexos (CHACIN-BONILLA). Além da mortalidade destas infecções serem relativamente baixa, as complicações são comuns sendo responsável de ao menos 10 % das diarreias e em muitos casos requerendo cuidado hospitalares, como tem descrito trabalhos onde falam da associação de cólon irritável com verminose (CRUZ Y LÓPEZ). A má absorção, a diarreia e a perda de sangue, geram diminuição da capacidade de trabalho e redução na velocidade de crescimento das crianças, nas populações afetadas.

A infecção parasitaria intestinal está estreitamente relacionada aos processos de desenvolvimento econômico e social. É conhecido que as zonas rurais tem uma incidência maior de infestações por vermes que as populações urbanas devido aos fatores socioeconômicos, menor saneamento ambiental e ausência de serviços higiênicos adequados. Na Colômbia segundo a Investigação Nacional de Mobilidade realizada em 1980 pelo Instituto Nacional de Saúde, se estabeleceu que 81,8 % das pessoas se encontravam parasitadas. Neste mesmo País um estudo recente mostrou que 92 % das pessoas estavam parasitadas; a presença de poliverminose foi muito importante (89,2 %) encontrando-se até um máximo de 7 espécies por hospedador. A coinfeção de protozoários e helmintos foi freqüente (64 %) (AGUDELO-LOPEZ).

A prevalência e intensidade da infecção estão associadas a maior risco de mobilidade e tendem a ser elevadas principalmente na população em idade escolar. A deficiente condição sanitária (ambientais, de infra-estrutura e educação) predispõem a esta população a um maior risco de infecção por helmintos e protozoários o qual repercute no estado nutricional.

A tendência crescente do consumo de carnes e alimentos do mar pouco cozido, favorece a transmissão e disseminação de protozoários, nematódeos, cestóides e trematódeos (CRUZ Y LÓPEZ). Por esse e outros motivos, se faz necessário implementar programas de intervenção como o controle e prevenção de vermes a curto e longo prazo, com ações simples como a realização de exames de fezes, a fim de obter um diagnóstico preciso e assim brindar um tratamento eficaz e oportuno e prevenção com educação em saúde de modo a garantir uma melhor qualidade de vida da população.

JUSTIFICATIVA

De cada dez casos visto na consulta três chegam com queixas de verminose, com sintomas como cólicas, anemia, palidez, manchas na pele. Se confirmando com resultados de exames de fezes frescas, o qual demonstra um alto incidência e prevalência da doença na região. Na análise feito com a equipe de saúde da família do km 74, a verminose encontrou-se como um dos problemas da área de grande preocupação, ainda que não levasse à mortalidade, mas que vem afetando a qualidade de vida da população. Por isso consideramos este trabalho de intervenção de fundamental importância pois vem garantir uma prevenção e cura desse problema que afeta a poluição assim como a educação em saúde que servira como meios eficazes para se ter uma vida saudável.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Diminuir a incidência de vermes na população da USF Km 74 e a relação direta com educação em saúde e prevenção da doença.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Possibilitar a identificação dos possíveis casos de verminoses na área de saúde.
- Constituir base para educação em saúde e do impacto da mesma, assim como a medidas de prevenção projetados.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Os vermes que afeta ao ser humano estão dentro dos grupos de animais classificados como parasitas; se pensa que eles existem antes que aparecesse o home, devido a descobertas feitas em fósseis de animais, de muita data antes (OTHÓN R. CRUZ/2012). A denominação “parasita” tem sido utilizada para designar a organismos que abusam de outros para sua subsistência e a realidade é que, em ocasiões, os efeitos das parasitas causam danos pouco detectáveis (8). Segundo CARVALHO, D (2006”) O termo verme é atribuído a animais de corpo fino e alongado, sendo seus principais representantes os nematelmintos e platelmintos. Estes são animais que, além das características citadas, também apresentam corpo achatado; e aqueles têm o corpo cilíndrico e extremidades afiladas. Os representantes dos dois filios possuem simetria bilateral e são triblásticos.

As verminoses são doenças causadas por diferentes vermes parasitas que se instalam no organismo do hospedeiro. Em geral, eles se alojam nos intestinos, mas podem abrigar-se também em órgãos, como o fígado, pulmões e cérebro. Apesar de a maioria dos representantes desses grupos ser de vida livre, algumas espécies são parasitas de seres humanos e outros animais, provocando doenças. A principal forma de contaminação é pela ingestão dos parasitas, geralmente através de água, alimentos ou carne contaminada, e que não receberam o devido tratamento. Além disso, algumas doenças são transmitidas através da entrada do parasita por via cutânea; e outras, por meio da picada de vetores específicos, como é o caso da filariose. Afeta adultos e crianças, de todas as idades, ambos os sexos e todas as classes sociais. Suas conseqüências podem resultar em prejuízos à saúde do paciente, podendo levar a óbito (DÉBORA CARBALHO 2006).

O ser humano é infestado quando os vermes hospedeiros penetram das seguintes formas:

- Na ingestão de água contaminada.
- Contato direto ou indireto com fezes humanas ou de animais contaminadas com por vermes.
- Ingestão de alimentos contaminados com vermes ou seus ovos.

De acordo com suas características anatômicas, os vermes podem ser divididos em dois grupos diferentes:

- Nematelmintos, entre eles estão as *Ascaris lumbricóides* (lombriga), o ancilostoma (amarelão), os oxiúros e as filárias, possuem corpo cilíndrico e liso, com ambas extremidades afuniladas, sistema digestório completo e sexos separados.
- Platelminhos, onde temos as tênias(solitária) e a cisticercose e os esquistossomos.) possuem corpo achatado e sistema digestório incompleto. Muitos deles são hermafroditos.

Os sintomas são variados e dependem bastante do local em que o verme se alojará. Dentro deles estão cólicas abdominais, náusea, mudança do apetite, falta de disposição, fraqueza, diarreia, vômito, perda de peso, anemia, febre e problemas respiratórios, comprometimento cerebral.

Principais doenças e vermes causadores:

- Cisticercose, se deve a ingestão de ovos da tênia solium. As larvas que nascem dos ovos podem migrar para várias partes do corpo, trazendo graves problemas para a saúde do hospedeiro, inclusive a morte.
- Ascariíase, provocada pelo verme *áscaris lumbricoides*. Estes vermes ficam no intestino da pessoa doente, obtendo alimento no bolo alimentar. Pode, em grande quantidade, obstruir o intestino ou levar a pessoa a grave desnutrição.
- Esquistossomose, causada pelo *schistosoma mansoni*, popularmente conhecida como “barriga de água”. Pode provocar cólicas, dores de cabeça, emagrecimento, tonturas e diarreias.
- Enterobiose ou oxiuríase, causada pelo verme nematódeo *Enterobius vermiculares*. Pode causar, na pessoa infectada, prurido anal, diarreias, vômitos e náuseas.
- Ancilostomíase (conhecida também como amarelão), causada pelo verme *Ancylostoma duodenale*, pode provocar lesões nas paredes dos intestinos, espoliação sanguínea e lesões nas paredes pulmonares e na pele.

A principal consequência da verminose é a desidratação, resultante da diarreia e do vômito, que ocorrem nas fases agudas da doença. Existem outros problemas decorrentes dessa doença, como obstrução intestinal, retardo do desenvolvimento físico, comprometimento do comportamento na infância, e anemia progressivamente mais grave. No caso específico das lombrigas, a proliferação desses vermes pode formar um novelo compacto e obstruir o intestino ou mesmo a garganta, provocando asfixia e morte.

Diagnóstico é feito por o exame de fezes, é fundamental para identificar o tipo de verme causador da doença. Muitas vezes, precisasse realizar outros exames para avaliar a extensão da enfermidade como por exemplo hemograma. O tratamento mais importante é o preventivo, que logra se com educação para saúde e prevenção, além que tem tratamentos vermícidias específicos que muitas vezes são utilizados para vários de eles. Nas medidas de prevenção temos: Beber água filtrada ou fervida:

- Lavar bem e com frequência as mãos especialmente quando for lidar com alimentos, antes das refeições e sempre que usar o banheiro.
- Lavar bem os alimentos antes do preparo, especialmente quando foram consumidos crus.
- Comer apenas carne bem cozinhada.
- Não andar descalço.

4. METODOLOGIA

CENÁRIOS DA INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção será desenvolvido no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Km 74, Município Viseu. Estado Pará. Na UBS existe uma área de recepção, uma sala de espera, dos consultórios, sala de preventivo, consultório odontológico, sala de curativos, sala de vacina, farmácia, sala de triagem, sala de utilidades, área de copas/cozinha. A equipe de saúde está constituída por seis agentes comunitários de saúde (ACS), dois técnicos de enfermagem, um técnico de endemias, um odontólogo, técnica de odontologia, administradora y dos auxiliares de serviços, um enfermeiro e o médico.

SUJEITOS ENVOLVIDOS NO BENEFÍCIO DA INTERVENÇÃO

Do universo de pessoas com maior risco selecionado pelos ACS de nossa área abrangência, tomaremos como amostra os primeiros 60 pacientes deles, que desejem participar na investigação e estejam aptos mentalmente. A equipe envolvida diretamente será composta por médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde.

ESTRATÉGIAS DE AÇÕES

Os Agentes comunitários de saúde da Equipe visitarão as casas identificadas por eles como de maior risco de sofrer esta doença, se realizará uma breve explicação sobre este problema de saúde, solicitando, que os membros adultos das famílias e no mínimo a um dos pais das crianças, que compareça à UBS, onde se aplicará um questionário no primeiro encontro, para identificar o nível de conhecimentos que possuem sobre o tema. Serão quatro perguntas que correspondem ao conhecimento básico desenhado, segundo revisão bibliográfica, e tendo em conta os objetivos da investigação, compreensível para este grupo de pacientes ale disso repassaremos uma prescrição de fezes fecais para a pesquisa de vermes nas mesmas.

Uma vez analisados os resultados do questionário e a presença dos gérmes mais frequentes, se identificarão as necessidades de aprendizagem e desenhará uma estratégia educativa conforme ao nível de escolaridade dos pacientes no estudo. As atividades de capacitação serão dadas pelos técnicos de enfermagem, enfermeiro e o médico da equipe de saúde da UBS, serão realizados encontros com frequência semanal com duração de 60 minutos por seis semanas empregando vários métodos e diferentes técnicas educativas e participativas para motivar ao auditório tais como: animação, reflexão, palestras, dinâmica de grupo, projeção, debates de vídeos, entregas de material educativo. Na segunda semana durante a atividade educativa se administrara uma dose de Albendazole 400mg a os maiores de três anos y de 200mg a os menores de três anos.

Concluída a intervenção educativa se aplicarão o mesmo questionário e se repassara outra prescrição de fezes fecais frescas que devem se realizar, para determinar as mudanças ocorridas no nível de conhecimentos da população participante e efetividades do uso do Albendazole na prevenção, se convertendo ambos resultados no registro primário de dados na UBS Km 74 do município Viseu,

no período compreendido entre os meses de Junho a Julho 2017. Serão conformados quatro grupos de quinze pessoas segundo nível de escolaridade para conseguir assim uma maior eficácia das técnicas empregadas. Proposta de temas da Intervenção educativa:

- Primeira semana – Tema um: As infestações por vermes. Situação atual. Conceito de verminose. Transmissibilidade. Classificação.
- Segunda semana - Tema dois: Causas freqüentes das verminoses.
- Terceira semana - Tema três: Medidas para prevenção das verminoses no humano.
- Quarta semana – Tema quarto: Manifestações clínicas gerais e principais complicações das verminoses.
- Quinta semana - Tema cinco: Medidas de Prevenção das Infestações por vermes no humano.
- Sexta semana - Tema seis: Sinais de alarme das verminoses.
- Sétima semana - Avaliação dos temas.

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Será monitorada a assistência dos pacientes no estudo nos dias agendados. A evolução do programa educativo será abordada nas reuniões da Equipe de saúde. Ao concluir o programa aplicaremos novamente o questionário para determinar os conhecimentos adquiridos e deste modo fazer uma comparação com os resultados iniciais e avaliar a efetividade das técnicas empregadas.

5. RESULTADOS ESPERADOS

- Elevar o conhecimento sobre infestações por vermes, avaliando de efetiva a intervenção educativa.
- Diminuição das consultas devida Infestações por vermes no humano logrado com o uso de educação e prevenção na saúde.
- Diminuição das complicações nos casos de verminoses.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Setembro 2016	Outubro 2016	Novembro 2016	Dezembro 2016	Maio 2017	Agosto 2017
Elaboração do projeto	X					
Identificação da população	X					
Aprovação do projeto		X				
Estudo do referencial teórico			X			
Revisão final e digitalização				X		
Entrega do trabalho final.					X	
Discussão do trabalho.						x

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUDELO-LOPEZ, SONIA; AT ALL. "Prevalence of intestinal parasitism and associated factors in a village on the Colombian Atlantic Coast". Rev. salud pública vol.10 n.4 Bogotá Sep./Oct. 2008. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000400013. Acesso em: 15/9/2016.
2. ARAGUAIA, MARIANA. "Doenças provocadas por vermes". Disponível em: <http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/doencas/doencas-por-vermes.htm>. Acesso em: 25/9/16.
3. CARVALHO, DEBORA. "Verminose". Disponível em: <http://www.infoescola.com/doencas/verminose>. Acesso em: 23/09/2016.
4. CHACÍN-BONILLA, LEONOR. "Las enfermedades parasitarias intestinales como un problema de salud global". Invest. clín, Mar 2013, vol.54, no.1, p.1-4. ISSN 0535-5133 Disponível em: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0535-513320130001&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 25/09/2016.
5. CRUZ Y LÓPEZ, OTHÓN RAFAEL. "Reseña histórica de la parasitología".2012. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/davidevil12/resea-historica-de-la-parasitologa>. Acesso em: 25/9/16.
6. IBGE. 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=150830&idtema=16&search=||s%EDntese-das-informa%E7%F5es>. Acesso em: 14/09/2016.
7. KUNWAR R, ACHARYA L, KARKI S. "Decreasing prevalence of intestinal parasitic infections among school-aged children in Nepal". Trans R Soc Trop Med Hyg. 2016 Jun;110(6):324-32. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27268711>. Acesso em: 25/09/2016.
8. SANDOVAL NR, AT ALL. "A survey of intestinal parasites including associated risk factors in humans in Panama". Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25823566>. Acesso em: 25/09/2016.
9. TODA BIOLOGIA. "Verminoses Humanas". Disponível em: http://www.todabiologia.com/doencas/verminoses_humanas.htm. Acesso em: 25/9/16.
10. PORTAL VISEU. 2016. Disponível em: <http://www.portalviseu.com.br/index.php/historia>. Acesso em: 14/09/2016.
11. QUIHUI L, AT ALL. "Role of the employment status and education of mothers in the prevalence of intestinal parasitic infections in Mexican rural schoolchildren". Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16956417>. Acesso em: 25/09/2016.
12. VASQUEZ-RIOS G, AT ALL. "Irritable bowel syndrome and intestinal parasites". Rev Gastroenterol Peru. 2016 Apr-Jun;36(2):153-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27409092>. Acesso em: 25/09/2016.
14. VELAZQUEZ CID, ALFREDO. "Historia de la parasitología". Disponível em: <https://www.scribd.com/user/133650389/Alfredo-Velazquez-Cid>. Acesso em: 25/9/16.
15. ISEU PARA. "perfil do município".2016. Disponível em: <https://meumunicipio.org.br/perfil-municipio/1508308-Viseu-PA>. Acesso em: 14/09/2016.

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO

O presente questionário tem como objetivo é identificar os conhecimentos que você tem a respeito às verminoses. Agradecemos sua cooperação e sinceridade que nos será de grande utilidade para o desenvolvimento do trabalho.

Nome completo: _____

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Nível de escolaridade: _____

Que é uma infestação por vermes?

Qual é a via de transmissão desta doença?

Mencione os sintomas mais frequentes das verminoses intestinal?

Que fatores de risco para as infecções por vermes você conhece?

Quais são as formas de evitar contrair uma verminose?

Sistema de avaliação.

Desenho de qualificação do instrumento:

De forma geral se avaliará com um total de 10 pontos. Com valor de dois pontos cada pergunta bem respondida.

• Bem: 8-10 pontos. • Regular: 6-8 pontos. • Mau: menos de seis pontos.