



**MAURO RODRIGUES JÚNIOR**

**ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DAS DOENÇAS INFECCIOSAS E  
PARASITÁRIAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

**SANTARÉM- PARÁ**

**2017**



**MAURO RODRIGUES JÚNIOR**

**ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DAS DOENÇAS INFECCIOSAS E  
PARASITÁRIAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

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: Bruno Brunelli

**SANTARÉM- PARÁ**

**2017**

## RESUMO

A partir das vivências e dos relatos na literatura científica, observa-se o aumento da incidência e prevalência das doenças infecciosas e parasitárias. Pensando, nisso, é importante repensar nas estratégias de ação para a redução dessas morbidades na atenção básica. Esse projeto de intervenção tem como objetivo de implementar ações juntamente com a equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família da região do Jardim Paraíso, Santarém-PA, para que a comunidade desenvolvam estratégias para o controle de doenças infecciosas e parasitoses mais prevalentes na região. Trata-se de um projeto de intervenção, onde há um cronograma semiestruturado com atividades para ser implementadas, essas atividades são baseadas em ações de prevenção e promoção da saúde que permitem o envolvimento de toda a comunidade criando também um vínculo maior entre o usuário e a unidade. Espera-se com esse projeto a redução das incidências e prevalências dessas morbidades na comunidade e que a população atuem como principais responsáveis na redução desses números juntamente com a equipe multidisciplinar da unidade.

**Descritores: Atenção Primária, Doenças Parasitárias, Prevenção em Saúde, Saúde da Família.**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO</b>	<b>6</b>
<b>3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS</b>	<b>9</b>
<b>4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO</b>	<b>10</b>
<b>5. REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>12</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>13</b>
<b>ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>14</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Sou Mauro Rodrigues Júnior, médico, formado desde 2014 pela Escola Latino Americana de Medicina em Havana-Cuba. Durante o curso, tive contato com Medicina Família e Comunidade onde trabalha a medicina preventiva na atenção primária o que após minha formação me influenciou a aderir ao Programa Mais Médico onde estou há mais de um ano atuando como Médico da Família.

Atuo na Unidade Básica de Saúde da comunidade ribeirinha no da Comunidade do Lago grande (Vila Curuai), no CENTRO DE SAÚDE DE CURUAI, no município de Santarém-PA, a UBS se localiza em uma zona rural de difícil acesso cerca de sete a oito horas de viagem. A região não possui água tratada o que influencia para o contágio de doenças infecciosas. A comunidade possui em média entre 10 a 15 mil habitantes, na região há três escolas, centro comunitário, três centros de saúde e igreja. A população da região é muito carente e em geral vive de pesca e da agricultura familiar.

Na região possui outras unidades de saúde, no entanto, somente a UBS onde atuo possui a equipe de saúde completa com Médico, o que houve um aumento muito grande da demanda de pacientes. No geral, na região a demanda maior tem sido as Doenças Crônicas como Hipertensão e Diabéticas, outro aspecto importante que deve ser evidenciado é o aumento da incidência de gravidez na adolescência. Outra demanda muito comum na região são as doenças infecciosas e parasitárias.

Por se tratar de uma região de difícil acesso e distante da zona urbana, muitos casos de emergência são tratados na unidade como por exemplo acidentes com animais peçonhentos e ferroadas de arrais com os pescadores da região. Devido ao problema de mobilidade muitas gestantes da região não conseguem realizar os exames básicos do pré natal como a ultrassonografia.

O Tema de escolha para o meu Projeto de Intervenção foi “ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS NA ATENÇÃO BÁSICA”, o motivo da escolha desse tema foi a partir da grande demanda da região onde atuo com casos de doenças infecciosas e parasitárias. Assim, a escolha do projeto de intervenção foi justamente para que a unidade de saúde atuasse com mais ênfase no controle dessas doenças buscando diferentes estratégias para reduzir na região os índices dessas doenças.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

### Identificação

Nome: I.G.S

Idade: 3 anos

Sexo: Masculino

Filiação: M.G.S e M.R.S

Escolaridade:

Etnia: Parda

Naturalidade: Santarém-PA

Residência Atual: Santarém-PA

QUEIXA PRINCIPAL: “Dor na Barriga e Diarreia”

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

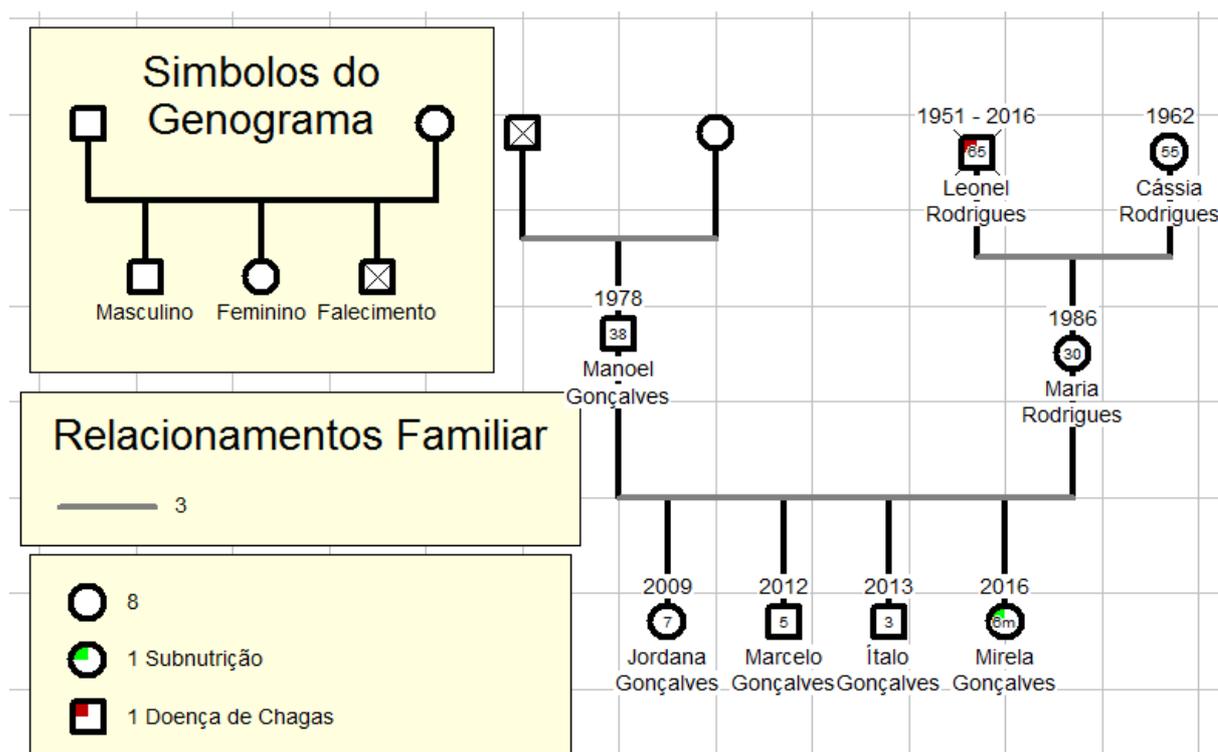
1ª Consulta Médica (12/10/2016) - Paciente chegou ao Centro de Saúde de Curuai acompanhado pelos pais, os pais referiam que a criança se queixava de dor abdominal e diarreia há mais de uma semana, os pais relaram que não é a primeira vez que a criança apresentavam esses sintomas e que seus irmãos também já apresentaram o mesmo quadro, mas que resolveram trazer a criança dessa vez pois o gerou preocupação com o tempo que a criança apresentava diarreia. Os pais ofereceram empiricamente chá das folhas de boldo para a criança, mas não houve melhora.

## ANTECEDENTES PESSOAIS:

A mãe do pré escolar refere que a IGS não obteve alimentação exclusiva de leite materno nos primeiros seis meses de vida e já introduziu leite de vaca e chás, seu esquema vacinal estava incompleto. A mãe relata que a criança é seu terceiro filho de 4 filhos, nasceu de parto normal na comunidade mesmo e não houve complicações durante o parto. Mãe nega que o filho já passou por cirurgias e que obteve um desenvolvimento neuropsicomotor normal. A família reside na comunidade ribeirinha local em uma casa de construção em palafita, não possui saneamento básico e a água para o consumo é retirada do rio e os dejetos da família são desprezados próximo a residência.

A mãe relata que atualmente trabalha no lar e faz alguns artesanatos para venda e o pai vive da venda de peixes e algumas frutas típicas da região, refere que a família não tem condição financeira e recebe auxílio do governo para o seu sustento, a alimentação de todos da casa é pobre em frutas e fibras e geralmente consomem peixes e farinha. Mãe refere que não há histórico de diabetes e hipertensão na família, mas que o avô da criança morreu por complicações da Doença de Chagas (cardiomegalia) e o seu filho mais novo nasceu com subnutrição.

**Figura 1 - Genograma** \*Nomes Fictício



**Exame Físico:** Paciente em Regular Estado Geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, hipocorado, anictérico, acianótico, afebril, desidratado (+1/+4). Sinais Vitais: FC: 90 bpm; FR: 20 irpm; PA: 95x60 mmHg. Medidas Antropométricas: O estado nutricional da criança mostrava peso normal para a idade (13 Kg;  $-2 < Z < 0$ ) e estatura baixa para a idade (88 cm;  $-3 < Z < -2$ ).

**Cabeça e pescoço:** Ausência de abaulamentos e depressões, implantação capilar normal, cabelos com perda de brilho, tireoide sem alterações e sem adenomegalias cervicais, mucosas da conjuntiva ocular pouco pálida, dentição com cáries.

**Tórax:** Inspeção: tórax típico, eupneico, ausência de abaulamentos e cicatrizes. Palpação: expansibilidade normal; Ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares audíveis sem ruídos adventícios; Ausculta cardiovascular: ritmo cardíaco regular, Bulhas normofonéticas em dois tempos

**Abdome:** Inspeção: levemente globoso, cicatriz umbilical centralizada, ausência de circulação colateral. Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais; Palpação: dor difusa a palpação profunda.

**CONDUTA:** Para esse paciente, foi solicitado exames laboratoriais (Hemograma, EAS, parasitológico de fezes 3 amostras, eletrólitos), hidratação oral com soro fornecido pelo centro de saúde, como os pacientes são da comunidade ribeirinha e há dificuldades de locomoção até a zona urbana para realização dos exames, foi prescrito empiricamente antiparasitário (Albendazol, 1X por dia/ 3 dias), suplementação de sulfato ferroso e complexo vitamínico. Além disso, foi feita as orientações de higiene quanto ao consumo da água e orientação com respeito a higiene corporal e bucal. Foi agendado também uma visita domiciliar para a distribuição de hipoclorito de sódio para o tratamento da água e orientações para as outras crianças da casa procurarem o serviço do centro de saúde para tratá-las. Em caso de piora dos sintomas procurar a unidade de pronto atendimento e o retorno a consulta daqui a 7 dias. Encaminhamento para atendimento odontológico.

**2ª consulta (20/10/2016):** Paciente já apresentava melhora significativa da dor abdominal, os pais não haviam feito os exames solicitados, foi reforçado o pedido devido à importância para o tratamento, a criança ainda apresentava sinais

de desidratação, foi orientado continuar o uso do soro oral por mais uma semana e completar o esquema vacinal da criança bem como dos seus irmãos. Realização da visita domiciliar.

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

Durante todo esse tempo atuando como médico da Família na UBS, pude vivenciar de perto a importância da atenção primária no processo saúde-doença principalmente na medicina preventiva. As estratégias mais utilizadas na unidade onde atuo são voltadas para os doentes crônicos (HiperDia), puericultura, pré-natal e saúde da mulher. As ações voltadas as saúde mental são realizados em menor escala geralmente nós referenciamos para a especialidade e fazemos acompanhamento na unidade desses pacientes.

Todas as atividades realizadas nessas áreas de atuação devem ser realizadas em conjunto de toda a equipe de saúde principalmente dos agentes comunitários que fazem o elo dos pacientes com a comunidade. No caso das doenças infecciosas deve-se estar atento as ações de puericultura. Durante os atendimentos procura-se dar ênfase na importância da higiene, da ingestão de alimentos bem lavados e água tratada. Como se trata de uma região com recursos de saneamento básico limitados em toda consulta é ensinado a utilizar o cloro fornecido pelos agentes de saúde e ferver a água para consumo.

A puericultura tem como objetivo promover o acompanhamento sistemático da criança, avaliando seu crescimento e desenvolvimento de forma ininterrupta, a fim de promover e manter a saúde, reduzir incidências de doenças e aumentar as chances desta crescer e se desenvolver de modo a alcançar todo o seu potencial (Fugimori e Ohara, 2009). O Ministério da Saúde preconiza que a consulta de puericultura consiste em uma avaliação integral da saúde da criança de 0 a 6 anos, durante a qual se avalia o crescimento e desenvolvimento, peso, estatura, desenvolvimento neuropsicomotor, imunizações e intercorrências, bem como o estado nutricional. Existe ainda a necessidade de promover a orientação da mãe, família ou cuidador sobre os cuidados que a criança deve ser submetida em todo o atendimento, tais como: alimentação, higiene, vacinação e estímulo, fazendo-se registrar todos os procedimentos no cartão da criança (Brasil, 2005). No Brasil, nos

últimos anos, ocorreram mudanças que garantiram melhorias nas políticas voltadas à população infantil no sentido de potencializar a qualidade de vida dessa população e reduzir as taxas de mortalidade infantil. As mudanças e a melhoria dessas políticas vêm se desenvolvendo progressivamente desde a metade do século passado, em especial nas três últimas décadas que refletiram avanços nos serviços públicos de saúde, sobretudo a respeito do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, (Brasil, 1984) a exemplo do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), até cinco anos de idade, que interferia na diminuição das condições que determinam a morbimortalidade infantil no país (Novaczyk, Dias, e Gaiva, 2008).

A puericultura pode, hoje, ser chamada de pediatria preventiva, a qual analisa os serviços desde as consultas pré-natais, estendendo-se ao longo da infância, até o final da adolescência, ou seja, uma assistência à criança saudável capaz de prevenir agravos, melhorar a percepção da família sobre a importância dos cuidados preventivos e que permite intervenções precoces na correção de desvios de crescimento e desenvolvimento (Rocha, 1990).

Na atenção primária a puericultura precisa de um trabalho intenso na prevenção das doenças comuns na infância, na realização do calendário vacinal, na orientação quanto a nutrição e os demais cuidados na infância. Correlacionado a puericultura é necessário também as ações de saúde voltadas no pré natal, uma vez que um bom pré natal realizado refletirá na melhor saúde da criança no futuro. Assim, nas ações de saúde o pré natal deve ser estimulado.

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

Diante do contexto da atenção primária e do Centro de Saúde de Curuai, a visita domiciliar é um instrumento importante utilizado pela equipe de saúde. Ainda que exista muitas dificuldades para realizá-la visto que trata-se de uma comunidade ribeirinha, ela é essencial e torna-se uma ferramenta facilitadora para que as ações e serviços estejam disponíveis a comunidade.

Como demonstrado no caso clínico da atividade número dois, as visitas domiciliares são extremamente importantes principalmente nas ações de controle das doenças infectocontagiosas. Com as dificuldades encontradas principalmente em relação a regiões onde não existe saneamento básico, a visita domiciliar é muito

importante nas orientações sobre o consumo da água e dos alimentos e a limpeza das casas. Com isso, as visitas podem auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não.

Ao conhecer o contexto biopsicossocial do paciente através da visita domiciliar é possível um atendimento mais humanizado pela equipe de saúde e estratégias que visem adequar a realidade do paciente com a conduta que será realizada. Além disso, as visitas possibilitam um acompanhamento mais de perto, a criação de laços de confiança e a identificação de diversos fatores de riscos enfrentados pelo paciente e sua família. No centro de saúde Curuai as visitas domiciliares são realizadas principalmente pelos agentes comunitários de saúde e estão voltadas principalmente na busca de pacientes, acompanhamento de rotina e orientações, pacientes com doenças crônicas como hipertensão e diabetes e orientações em relação a higiene pessoal e consumo de água. As visitas podem também ser realizadas pelo Médico da Família e da Enfermeira da equipe de saúde, as visitas são principalmente para orientação e verificação de medicamentos e exames, visitas a puérperas e recém nascidos, realização/troca de curativos e acompanhamento pré e pós-cirúrgico.

Um dos grandes objetivos da visita domiciliar é que além dela ser um grande facilitador entre os serviços oferecidos pelo Centro de Saúde ela também pode estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado. A visita domiciliar também permite identificar os principais fatores de riscos e agravos de saúde afim de intervir precocemente e criar ações para reduzi-los. Assim, as visitas domiciliares enquanto ferramenta de assistência à saúde objetiva também orientar, educar, reabilitar os pacientes criando um vínculo com a unidade e as famílias assistidas por ela.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Diante das atividades realizadas durante o curso de especialização aprendi muito tanto na prática quanto na teoria sobre a importância da saúde primária no processo saúde e doença nas comunidades. Em especial, na comunidade onde atuo onde pude vivenciar de perto e atender os pacientes.

Com a realização do projeto de intervenção que visava reduzir a incidência de doenças infectocontagiosas pude observar a importância de trabalhos e orientações para a comunidade que carecem dessas informações e com o auxílio das visitas domiciliares consegui orientar ainda mais na prevenção dessas doenças. Além disso, contei com o apoio de toda equipe multiprofissional que apoiou e auxiliou na realização do projeto de intervenção.

As atividades da plataforma me nortearam em relação as situações que eram bastante verossímeis a realidade que vivo na unidade onde atuo e a partir dos fóruns pude trocar experiências com os colegas. O portfólio auxiliou ainda mais na descrição do que venho realizando enquanto médico da unidade. O caso clínico da atividade dois é um dos atendimentos comuns na unidade onde atuo, por isso também a necessidade de ações como a realizada no projeto de intervenção.

No decorrer da minha atuação enfrentei algumas situações como a dificuldade do paciente em ter acesso à unidade, a falta de alguns medicamentos e a dificuldade da realização de exames. Por se tratar de uma comunidade ribeirinha, existem algumas questões sociais que influenciam na qualidade de vida dos pacientes, mesmo que os serviços oferecidos na unidade auxiliem a reduzir muitos problemas para comunidade ainda há muito o que ser feita através de políticas públicas para comunidade.

Por fim, durante todos os trabalhos desempenhados foi extremamente gratificante poder atuar na Saúde da Família, poder desempenhar uma consulta humanizada e atividades de prevenção e promoção a saúde com intuito de levar conhecimento a comunidade e contribuir de alguma forma para saúde dos pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FUGIMORI E. OHARA, C.V.S. (Org.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. São Paulo: Manole; 2009.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Série A. 2º reimpressão. Brasília: Normas e manuais técnicos; 2005.
3. BRASIL. Ministério da saúde. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde; 1984.
4. NOVACZY, K. A.B., DIAS N.S., GAIVA, M.A.M. **Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem**. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2008;10(4):1124-36. Available from: <http://www.fen.ufg.br>.
5. ROCHA, S.M.M. **O processo de trabalho em saúde e a enfermagem pediátrica: socialidade e historicidade do conhecimento**. Tese apresentada a Escola de Enfermagem da USP para concurso de livre-docência. Ribeirão Preto; 1990.

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



**MAURO RODRIGUES JÚNIOR**

**ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DAS DOENÇAS INFECCIOSAS E  
PARASITÁRIAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

**SANTARÉM- PARÁ**

**2016**

## RESUMO

A partir das vivências e dos relatos na literatura científica, observa-se o aumento da incidência e prevalência das doenças infecciosas e parasitárias. Pensando, nisso, é importante repensar nas estratégias de ação para a redução dessas morbidades na atenção básica. Esse projeto de intervenção tem como objetivo de implementar ações juntamente com a equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família da região do Jardim Paraíso, Santarém-PA, para que a comunidade desenvolvam estratégias para o controle de doenças infecciosas e parasitoses mais prevalentes na região. Trata-se de um projeto de intervenção, onde há um cronograma semiestruturado com atividades para ser implementadas, essas atividades são baseadas em ações de prevenção e promoção da saúde que permitem o envolvimento de toda a comunidade criando também um vínculo maior entre o usuário e a unidade. Espera-se com esse projeto a redução das incidências e prevalências dessas morbidades na comunidade e que a população atuem como principais responsáveis na redução desses números juntamente com a equipe multidisciplinar da unidade.

## 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, ocorreu um importante avanço científico e tecnológico, melhorando as condições de vida em geral, porém, em contraste, as parasitoses intestinais constituem-se ainda em um grave problema de saúde pública, acometendo mais de 1,5 bilhões de pessoas (World Health Organization). Embora as doenças parasitárias apresentem uma prevalência maior em países em desenvolvimento, principalmente, pela falta de recursos financeiros, de investimentos em saneamento básico e de projetos em educação sanitária (Agudelo et al, 2008), trabalhos recentes sugerem que a prevalência das parasitoses parece estar subestimada em países desenvolvidos da América do Norte, da Europa e da Ásia

Em um estudo proposto por Moura et al (2010), no Brasil, no período de 1999 a 2006, as três principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária, em menores de 20 anos, foram as gastroenterites infecciosas e suas complicações, asma e as pneumonias bacterianas que, em conjunto, representaram 75,5% do total de ICSAP em 1999 e 78,0% em 2006. Os resultados apontaram para uma tendência à redução nas taxas de hospitalizações por essas causas, que ocorreu de forma distinta por faixa etária, região e causa de internação.

A elevada representatividade das internações por gastroenterites infecciosas e complicações nas populações residentes em regiões onde há maior concentração de pobreza é um achado constante em estudos realizados no país (Waldman, Barata, Moraes, Guibu, Timenetsky, 1997)

Sabe-se que precárias condições socioeconômicas aumentam o risco de diarreia, principalmente quando associadas à falta de saneamento básico e a deficientes condições de vida (Genser, Strina, Santos, Teles, Prado, Cairncross, Barreto, 2008). Neste estudo, as internações por gastroenterites infecciosas e complicações foram, entre as condições estudadas, as que apresentaram os maiores valores de taxa de internação independente da faixa etária analisada, com destaque para as taxas na Região Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Em 2005, o Ministério da Saúde editou o Plano Nacional de Vigilância e Controle das Enteroparasitoses com o objetivo de definir estratégias de controle, através de informações sobre prevalência, morbidade e mortalidade causadas ou associadas

às enteroparasitoses. Outros objetivos foram também estabelecidos, tais como o de conhecer os agentes etiológicos das mesmas; normatizar, coordenar e avaliar as ações estratégicas de prevenção e controle das mesmas; identificar seus principais fatores de risco; desenvolver atividades de educação continuada para profissionais da saúde (Brasil,2005)

Nesse contexto, no que se refere à atenção primária à saúde na unidade de básica de saúde (UBS), durante os atendimentos prestados no decorrer do ano observa-se uma alta incidência e prevalência das doenças infecciosas e parasitárias na comunidade. É importante ressaltar, que as condições sociais (moradia, saneamento básico, higiene pessoal) está diretamente associada como fatores de risco para essas patologias, outro importante fator, é a falta de conhecimento da sociedade sobre a forma de transmissão dessas morbidades.

Assim, têm-se o **problema** deste projeto de intervenção a seguinte questão: Qual o papel da atenção primária em realizar estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias?

A atenção básica enquanto campo de prestação de serviços de saúde, intimamente ligado à comunidade, possui cenário favorável ao desenvolvimento de ações que sustentem a perspectiva da integralidade do cuidado, pois esse nível de atenção traz atrelado a si a proposta de oferecimento de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL,2006). Baseando no contexto citado anteriormente, propõe-se a realização de um projeto de intervenção centrado na realidade da comunidade ribeirinha na região da Comunidade Lago Grande, no CENTRO DE SAÚDE DE CURUAI, no município de Santarém-PA, juntamente com a equipe multidisciplinar desempenhando diversas ações de prevenção e promoção à saúde no controle dessas morbidades.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Implementar ações juntamente com a equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família da região do Jardim Paraíso, Santarém-PA, para que a comunidade desenvolva estratégias para o controle de doenças infecciosas e parasitoses mais prevalentes na região.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar ações para redução do alto índice de doenças infecciosas e/ou parasitárias na região
- Reduzir a exposição a fatores de risco para as morbidades mais prevalentes na comunidade (por exemplo: dengue)
- Promover palestras sobre as formas de prevenção das principais doenças infecciosas e/ou parasitárias.
- Desempenhar atividades que envolvam toda a comunidade para a limpeza dos quintais e das ruas.
- Realizar educação continuada sobre a importância do descarte de lixo correto para a redução das doenças.
- Estabelecer um vínculo mais forte entre a unidade de saúde e os usuários.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### A PREVALÊNCIA DE PARASIToses NA SAÚDE BÁSICA

As parasitoses intestinais constituem um problema de saúde pública, principalmente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. São frequentemente tratadas na Atenção Primária à Saúde. (Andrade, Leite e Cesca, 2010).

A prevalência de parasitoses é alta em locais nos quais as condições de vida e de saneamento básico são insatisfatórias ou inexistentes. O desconhecimento de princípios de higiene pessoal e de cuidados na preparação dos alimentos facilita a infecção e predispõe a reinfecção em áreas endêmicas (De Carli, Candia, 1992).

Dentre as parasitoses intestinais com maior prevalência mundial encontram-se: ascaríase, tricuriase, ancilostomíase, amebíase e giardíase.

No Brasil faltam dados estatísticos que mostrem a real prevalência destes patógenos, sendo a maior parte das informações decorrentes de estudos pontuais com análise de bases populacionais mal definidas, como usuários de serviços de saúde, alunos de escolas públicas e comunidades urbanas carentes (Frei et al., 2008).

Vale Ressaltar, que até 2005, nenhum dos inquéritos nacionais sobre a saúde e nutrição já realizados em nosso país inclui em seu protocolo de investigação o exame parasitológico de fezes (Brasil, 2005). Em 2005, foi lançado pelo Ministério da Saúde, o Plano Nacional de Vigilância e Controle das Enteroparasitoses, cujo objetivo era gerar uma base de informações sobre a prevalência, morbidade e mortalidade causadas ou associadas às infecções por agentes parasitários. Esses dados futuramente seriam usados para gerar estudos analíticos desenhados a partir da avaliação epidemiológica de dados registrados, visando à definição de estratégias para o controle das enteroparasitoses (Magalhães, Coelho, Araújo, 2013).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da produção de cuidados de saúde, através de práticas direcionadas à família, a partir de seu ambiente físico, econômico e social. Assim, a estratégia da ESF está estruturada na

lógica de atenção básica à saúde, gerando práticas Inter setoriais, norteadas principalmente por ações epidemiológicas sobre o processo de saúde/doença da população e firmando a junção entre o trabalho clínico, prevenção, promoção à saúde, tratamento e diagnóstico precoce (BERNARDI, COSTA, NASCIMENTO,2006)

Desse modo, a assistência médica e a educação sanitária da população são condições indispensáveis para o controle das parasitoses (Ferreira, Andrade,2005). Controle e prevenção devem ser baseados na oferta de saneamento básico e na implementação de medidas de educação sanitária (Brasil, 2005), pois as altas prevalências também estão associadas aos hábitos de higiene inapropriados e ao baixo nível socioeconômico e educacional da população (Andrade, Leite e Cesca, 2010). Carillo et al (2005) afirma que a intensidade e a disseminação de doenças parasitárias estão intimamente relacionadas com condições de saneamento básico precárias, baixo nível socioeconômicos e cultural, falta de orientação sanitária, baixo nível de higiene, idade, entre outros fatores.

A maior prevalência de parasitoses intestinais, entre crianças de regiões periféricas, reflete uma diferença na educação, cultura, hábitos alimentares e de higiene, que as tornam mais suscetíveis à infecção (Santos et al, 1999). Neghme & Silva (1971, apud Frei et al, 2008) propõem que a prevalência de uma dada parasitose reflete, portanto, deficiências de saneamento básico, nível de vida, higiene pessoal e coletiva.

O controle das infecções humanas por enteroparasitas está intimamente ligado a resolução da problemática resultante da relação **homem-saúde-ambiente**, onde a qualidade de vida de uma população proporciona por boas condições socioeconômica, infra-estrutura e o engajamento comunitário são fundamentais para a implantação, desenvolvimento e sucesso de ações profiláticas (Heller, 1997).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido importante para a melhoria dos indicadores de saúde do Brasil, porém é indispensável que sejam avaliadas as condições sanitárias da população assistida pela ESF, em especial alguns grupos com maior risco de morbimortalidade, entre eles, o das crianças em idade pré-

escolar (Facchini et al., 2006). Diante desse contexto, nos faz refletir sobre o processo de trabalho das equipes de ESF. Será que suas ações estão voltadas para o atendimento e de prevenção de agravos e a promoção à saúde, principalmente no que diz respeito às parasitoses intestinais

## A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS INFECCIOSAS NA SAÚDE BÁSICA

As doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 19,3% das mortes, no mundo, no ano de 2011. Nesse grupo, a AIDS, a tuberculose, a diarreia e a malária são as principais causas dos óbitos. Em geral, as crianças de até cinco anos e mulheres grávidas são as pessoas mais vulneráveis às infecções. Em 2009, 40% das mortes de crianças por doenças infecciosas, no mundo todo, ocorreram entre os recém-nascidos, com 28 dias ou menos (WHO, 2012).

Por configurar-se como elemento integrador no sistema de saúde, a APS possui um papel indireto na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), dado que deve atuar na prevenção de enfermidades e, conseqüentemente, na redução de internações hospitalares desnecessárias. Deve também propiciar o acesso oportuno aos serviços de saúde de acordo com as necessidades de saúde. As intervenções de saúde desnecessárias podem causar danos, o que claramente conflita com o princípio de segurança assumido mundialmente como um preceito ético e de trabalho em saúde

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são consideradas marcadores importantes da qualidade na APS (Malta, Duarte, 2007). Um estudo realizado em Minas Gerais demonstrou que houve associação entre ICSAP e o não acompanhamento pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (Fernandes, Caldeira, Faria, Neto, 2009). Os autores consideraram que as equipes de ESF têm o maior potencial para atuar preventivamente sobre as doenças crônicas que representam as principais causas de internações evitáveis. A prevenção de ICSAP deve ter um impacto natural na redução de indivíduos expostos às condições de atendimento hospitalar, que são as maiores geradoras de IRAS. Em outras palavras, o princípio *Primum non nocere* estaria incorporado nas estratégias de prevenção de ICSAP, uma vez que apenas prevenir o dano da assistência realizada é insuficiente: é preciso promover a saúde (Smith, 2005). A alta frequência

de internações por doenças consideradas, geralmente, de fácil prevenção, passíveis de diagnóstico e tratamento, como é o caso das doenças infecciosas, pode refletir tanto a inadequação da assistência a determinados grupos da população, como suas condições de vida e saúde (Oliveira, 2010).

Acompanhando a tendência mundial, o Brasil, em 2011, definiu um conjunto de endemias que necessitavam de ações específicas para eliminação e/ou redução, utilizando – se da classificação de doenças negligenciáveis da OPAS (2009). Nesse sentido, elencou doenças em que os resultados dos programas nacionais foram considerados insuficientes, como a hanseníase, esquistossomose, filariose linfática, geohelmintíases, oncocercose e tracoma e assumiu o compromisso de eliminação e 10 redução drástica em conjunto com o programa Brasil Sem Miséria (BSM). Para tal, elaborou o plano integrado de ações estratégicas (2011 a 2015), caracterizado por estratégias de busca ativa e detecção precoce de casos bem como a oferta oportuna de tratamento, além de ações intersetoriais no contexto governamental, tendo em vista que essas doenças tendem a coexistir em áreas em que a população apresenta condições precárias de vida (Brasil, 2012b)

Além das dificuldades inerentes ao processo assistencial na APS, há a insuficiência de recursos diagnósticos complementares. A possibilidade de diagnóstico de IRAS na APS fundamenta-se, sobretudo nos sinais e sintomas, pois o uso de exames complementares de laboratório é muitas vezes um recurso difícil. Isto não somente limita a acuidade do diagnóstico epidemiológico e clínico, como favorece o uso excessivo de antimicrobianos empíricos, agindo como fator de pressão seletiva sobre os microrganismos, potencialmente contribuindo para o fenômeno da resistência microbiana (PADOVEZE, FIGUEIREDO, 2014).

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica na região do Jardim Paraíso, Santarém-PA. A metodologia constitui-se na execução de atividades desempenhadas pela equipe multiprofissional da unidade com objetivo de conscientizar a comunidade sobre ações para controlar a incidência de doenças infecciosas e parasitárias na região e propor ações que os integrem aos serviços oferecidos na unidade.

Para busca de dados, utilizando o Sistema de Informações do SIAB (Sistema de informação da Atenção Básica), coletamos informações importantes para delinear o plano de ação de toda a equipe. Além dos dados disponíveis do SIAB, a importância dos relatos dos agentes de saúde para localizar as casas com mais fatores de risco (acúmulo de lixo, ausência de água tratada e rede de esgoto, crianças e idosos) são de extrema importância.

A equipe de saúde da unidade possui ao todo nove agentes comunitários de saúde (ACS) que visitam cerca de 1403 famílias da comunidade, os ACS nesse projeto desempenham um papel de extrema importância para o projeto pois desempenham o elo entre o usuário com a unidade, assim, eles reforçam durante as visitas domiciliares as atividades que serão realizadas e os serviços oferecidos, além disso, fazem uma busca ativa de pacientes que se encaixam no perfil para o projeto de intervenção.

A **primeira etapa** a ser realizada será a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, metodologia e resultados esperados. Deve-se organizar com a coordenação da unidade de saúde uma pauta para tratar da: **ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS NA ATENÇÃO BÁSICA**. Com a aceitação de toda equipe, será apresentado o cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, prazos e divisão dos responsáveis por cada atividade.

É importante compartilhar este processo com a equipe de saúde e procurar a adesão de todos os colaboradores. Além disso, a equipe de saúde organizará os materiais e recursos necessários para a realização do projeto.

A **segunda etapa** consiste na divulgação da ação através das visitas domiciliares das ACS que explicará o projeto e realizará um pré cadastro das famílias que tenham interesse em participar das atividades.

A **terceira etapa** a ser realizada será o cadastros das famílias que possuem interesse em participar das atividades, haverá a explicação do projeto e do cronograma, essa etapa é primordial pois a boa apresentação do projeto significará também a boa adesão dos usuários.

A **quarta etapa** baseia-se no desenvolvimento das atividades proposta pelo cronograma juntamente com apoio do NASF, em especial a grande caminhada ecológica que envolve toda a comunidade uma espécie de mutirão para limpeza da comunidade.

A **quinta etapa** a ser concretizada constitui-se na avaliação dos participantes do projeto de intervenção a partir de questionários e entrevistas.

A **sexta etapa** consiste na avaliação da equipe da unidade através de reuniões buscando reavaliar os conceitos e melhorar as atividades.

A **sétima etapa** consiste no levantamento dos resultados alcançados através do projeto.

## 5. CRONOGRAMA

<b>Ações</b>	<b>Jun/16</b>	<b>JUL/16</b>	<b>Ago/16</b>	<b>SET/16</b>	<b>OUT/16</b>	<b>NOV/16</b>	<b>Dez/16</b>
Apresentação da proposta à Equipe de saúde.	<b>X</b>						
Busca de dados nos Sistemas de Informação e organização dos materiais e recursos necessários para o projeto.	<b>X</b>						
<b>Visitas domiciliares pelos ACS</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
Realizar o levantamento de pacientes pelos ACS- os que possuem situação de vulnerabilidade		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
Cadastro das Famílias participantes do projeto e atividades			<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Início das atividades propostas			<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Palestras sobre prevenção das doenças infecciosas e paratirárias e coleta seletiva			<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Caminhada Ecológica em prol da saúde da comunidade						<b>X</b>	<b>X</b>
Avaliação do Projeto						<b>X</b>	<b>X</b>

## **6. RECURSOS NECESSÁRIOS**

Para a realização do projeto de intervenção os recursos necessários foram:

### **6.1 RECURSOS HUMANOS**

Equipe de saúde da família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS), equipe do NASF (psicólogos, fisioterapeuta).

### **6.2 RECURSOS MATERIAIS**

- Sala para realização de grupos;
- Computadores e equipamento de multimídia
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade;
- Fichas de Acompanhamento de visita Domiciliar;
- Frutas e lanches saudáveis
- Lixeiras e materiais para coleta de lixo

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

Ao final dessa intervenção espera-se a curto prazo a conscientização das famílias da comunidade a respeito das diversas formas de se prevenir as doenças infecciosas e parasitárias. Espera-se, também, que a comunidade se sinta acolhida pela unidade de saúde para que eles se sintam à vontade para procurar o serviço quando necessário sejam para atendimento médico ou para solucionar suas dúvidas e conflitos.

Como exposto, a maioria dessas morbidades podem ser evitadas a partir de ações na atenção primária, assim, desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde sobre o tema precisa ser uma ação contínua na unidade. A APS é o nível de atenção com o maior potencial para estimular o empoderamento dos indivíduos e famílias, favorecendo o conhecimento do seu direito à saúde e o seu engajamento no processo de cuidar. Este engajamento é considerado atualmente como elemento importante para a prevenção de IRAS. Idealmente, a APS deve possuir características que favoreçam ofertar cuidados primários orientados para as pessoas, centrados nas necessidades de saúde, em uma relação personalizada que perdura no tempo, abrangente, contínua e orientada para os indivíduos e para as famílias.

A responsabilidade pela saúde comunitária deve envolver todo o ciclo de vida e o combate aos determinantes das doenças, tendo as pessoas como parceiras na gestão da sua própria doença e da saúde da sua comunidade (Organização Mundial de Saúde, 2008). A longo prazo espera-se que aconteça uma redução tanto da incidência quanto da prevalência de doenças infecciosas e/ou parasitárias na comunidade, garantindo, assim, que a qualidade de vida da comunidade melhorou e eles desenvolveram os ensinamentos realizados durante esse projeto de intervenção.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade EC, Leite ICG, Rodrigues VO, Cesca, MG. Parasitoses intestinais: uma revisão sobre seus aspectos sociais, epidemiológicos, clínicos e terapêuticos. *Rev APS*. 2010;13:231-40.
2. Ferreira GR, Andrade CFS. Some socioeconomic aspects related to intestinal parasitosis and evaluation of an educational intervention in scholars from Estiva Gerbi, SP. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2005;38:402-5.
3. Facchini L. et al: Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil: Avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11:669-81.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Plano nacional de vigilância e controle das enteroparasitoses. Brasília, DF, 2005; 42p
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases : plano de ação 2011-2015. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.100 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
6. De Carli GA, Candia EF. Prevalência de geohelmintos entre escolares residentes nas vilas periféricas de Porto Alegre, RS. *Rev Bras Farm*. 1992; 73(1):7-8.
7. BERNARDI, E.; DA COSTA. E. L. G.; DO NASCIMENTO J. S. Fungos anemófilos e suas relações com fatores abióticos, na praia do Laranjal, Pelotas, RS; *Rev. Biol. Ciências da Terra*; v.6, n.1. p.234-239. 2006.
8. da Rocha Magalhães, T., Coelho, M. D. G., dos Santos Araújo, A. J. U., & da Silva Coelho, F. A. (2013). Influência de fatores socioambientais na ocorrência de enteroparasitos e protozoários comensais em área periférica do município de Cristina, Minas Gerais. *Revista Biociências*, 19(2).
9. Malta DC, Duarte EC. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Ci- ênc Saúde Coletiva*. 2007;12(3):765-76.
10. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Interações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(6):928-36

11. MOURA, Bárbara Laisa Alves et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 10, supl. 1, p. s83-s91, Nov. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500008&lng=en&nrm=iso)>. access on 29 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500008>.
12. Oliveira BRG, Vieira CS, Collet N, Lima RAG. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2010;13(2):268-77.
13. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca. Lisboa: Ministério da Saúde; 2008
14. PADOVEZE, Maria Clara; FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. O papel da Atenção Primária na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 48, n. 6, p. 1137-1144, Dec. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000601137&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601137&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000601137>.
15. World Health Organization – WHO. Soil-transmitted helminth infections. [acesso 11 Jul 2013]. Disponível em: [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs366/en/>].
16. Agudelo-Lopez S, et al. Prevalencia de Parasitosis Intestinales y Factores Asociados en un Corregimiento de la Costa Atlántica Colombiana. Rev Salud Pública. 2008;10:633-42.
17. Smith CM. Origin and uses of primum non nocere: above all, do no harm! J Clin Pharmacol. 2005;45(4):371-7.
18. Waldman EA, Barata RCB, Moraes JC, Guibu IA, Timenetsky MCST. Gastroenterites e infecções respiratórias agudas em crianças menores de cinco anos, em área da região Sudeste do Brasil, 1986-1987. Rev Saúde Pública. 1997; 31: 62-70. [ [Links](#) ]
19. Genser B, Strina A, Santos LA, Teles CA, Prado MS, Cairncross S, Barreto ML. Impact of a city-wide sanitation intervention in a large urban centre on social, environmental and behavioural determinants of childhood diarrhoea: analysis of two cohort studies. Int J Epidemiol. 2008; 37: 831-40.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Vigilância e Controle das Enteroparasitoses. Brasília; Ministério da Saúde; 2005.