



DRIALYS CRUZ LAFFITA

**A VISITA DOMICILIAR NA UBS VILA BRASIL, MUNICÍPIO DE
AMAJARÍ, RO**

**AMAJARÍ, RO
Janeiro de 2018**



DRIALYS CRUZ LAFFITA

**A VISITA DOMICILIAR NA UBS VILA BRASIL, MUNICÍPIO DE
AMAJARÍ, RO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família da
Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre - UNA-SUS/UFCSPA.

Orientador(a): Diego Azevedo Conte de Melo.

AMAJARÍ, RO
Janeiro de 2018

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	03
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO	06
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	11
4	VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	14
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	17
6	REFERÊNCIAS	18
7	ANEXOS – ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO	19

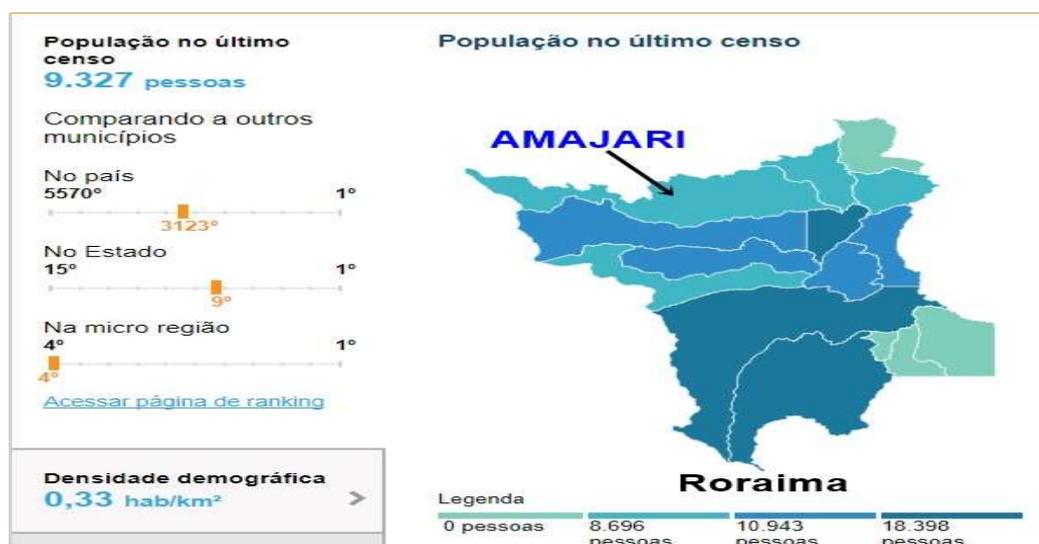
1 INTRODUÇÃO

Me chamo Drialys Cruz Laffita, sempre morei em Cuba, na cidade de Ilha da Juventude, onde ingressei no ano de 2005 na Faculdade de Ciências Médicas de Isla de la Juventud, e pude me formar no ano de 2011, continuando a atuar em Cuba. Assim, fiz parte do Programa Mais Médicos, ainda em Cuba e posteriormente vim ao Brasil no ano de 2016.

Morar em Cuba nunca foi estranho para mim que sempre vivi por lá, só senti dificuldade ao vir para o Brasil devido ao idioma, mas fui aprendendo aos poucos. A cidade de Ilha da Juventude é praticamente afastada das outras cidades de Cuba, rodeada pelo mar, dessa forma uma das principais dificuldades era em relação a comunicação externa, sinal de telefonia e internet. Os professores eram dedicados e exigentes e a forma de ensino era muito boa, pois éramos motivados a estudar e aprender o conteúdo conforme nossa vivência na medicina e nos estágios no Hospital da Cidade.

Após obter experiência no Programa Mais Médicos, tive a oportunidade de vir para o Brasil, trabalhar aqui e atualmente estou atuando no município de Amajari, Estado de Roraima, que tem cerca de 9.327 habitantes conforme figura 1.

Figura 1 – Estado de Roraima e município de Amajari.



Fonte: IBGE (2017).

De acordo com o site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017), Quanto aos habitantes, 4062 são homens e 5265 mulheres. Quanto à

escolaridade, tem-se cerca de 10 % de pessoas analfabetas e ao lazer, a única alternativa que tem é o rio Amajari, o qual as pessoas vivem da pesca e do turismo nessa região.

Quando da transformação em município, Amajari foi formado da união de várias vilas. Entre estas, escolheu-se a Vila Brasil como sede municipal, sendo elevada à categoria de cidade. O acesso a ela dá-se parte pela BR-174, parte pela rodovia estadual RR-203, ambas asfaltadas e em boas condições de tráfego, totalizando 158 km da capital Boa Vista (IBGE, 2017).

A Região do Amajari possui 8 Terras Indígenas, totalizando 18 comunidades indígenas. Sendo que a maioria são do povo macuxi e wapichana. A região tem como as Terras Indígenas: TI Araçá, TI Ouro, TI Anaro, TI Ponta da Serra, TI Aningal, TI Garagem, TI Santa Inês e TI Ananás. Amajari tem como a maior comunidade indígena Três Corações (IBGE, 2017).

Apresenta 9.8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 46.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 1% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2017).

Em relação à estrutura de saúde, temos 3 unidades sanitárias: uma unidade básica de saúde composta por duas equipes de saúde: um urbano e outro rural, o meu é o urbano composto pelo enfermeiro, uma técnica de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde, uma médica, uma unidade de urgência e emergência e o laboratório clínico.

Tabela 1: Distribuição da quantidade de recursos humanos da UBS Vila Brasil, no município de Amajari, RO.

Equipe da UBS Vila Brasil (urbano)	N
Clínico Geral	01
Enfermeiro	01
Técnica de Enfermagem	01
Agentes Comunitários de Saúde	06

Fonte: Próprio autor.

As causas de internação mais frequentes são por acidentes de motos principalmente pois é o médio de transporte mais comum na cidade, descompensação de enfermidades crônicas não transmissíveis como: Hipertensão Arterial, Diabetes

Mellitus principalmente por não fazer os tratamentos de forma correta. O município em geral é muito tranquilo, com boas pessoas, carentes, humildes e com pouco movimento, tem uma igreja, muitos comércios de venda, restaurantes criados nas casas dos mesmos moradores, uma escola, um instituto, uma caixa lotérica, uma agência do Banco do Brasil.

As casas na grande maioria são de madeira e uma minoria de tijolo/adobe, nas quais o abastecimento de água ocorre pela rede pública e o destino de lixo é por coleta pública, mas as vezes se encontra nas ruas pela falta de conscientização das pessoas. Assim, muitas pessoas são diagnosticadas com parasitoses principalmente crianças, e o destino de fezes/urina é por fossa, que muitas estão nas ruas podendo ocasionar a aparição de muitas enfermidades transmitidas por vetores como são: Dengue, Malária, Chikungunya. Também há muitas pessoas que moram no interior, zona rural onde tem muitas enfermidades por dermatofitoses e insetos pela convivência com animais e pelo clima que é muito quente, também pelas condições desfavoráveis de higiene.

Devido a estes fatos, foram diagnosticados 45 casos de parasitoses com 15 internações até o momento, assim elaborei meu Projeto de Intervenção (em anexo) com o objetivo de ampliar o nível de conhecimento das mães de crianças atendidas pela Unidade de Saúde, quanto a etiologia, sintomatologia, via de transmissão e formas de prevenção.

Portanto, nesse portfólio serão abordados Estudo de Caso complexo, a promoção e prevenção da saúde junto a educação em saúde e a visita domiciliar e sua organização pela Unidade de Saúde, todos com o objetivo de apresentar meu trabalho na prática no atendimento à população da UBS Vila Brasil junto a importância de aprendizagem desse curso de Especialização em Saúde da Família.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Após aprofundar minha história de formação médica e apresentar as características do município de Amajari e da UBS Vila Brasil na introdução deste trabalho, agora será apresentado um estudo de caso complexo, o qual direcionará o foco para outras doenças prevalentes na minha comunidade: a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus.

De acordo com Mendes (2012), a Unidade de Saúde da Família deve estar preparada para atender às condições agudas, que são geralmente de curta duração e autolimitadas, e às condições crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, necessário acompanhamento contínuo para estas últimas, para promover o controle e evitar as consequências de desenvolvimento de outras patologias secundárias.

- Descrição do Caso Complexo

A.S.G., feminina, branca, 90 anos, portadora de DM, HAS e Osteoporose, em uso de Insulina, Metformina, Enalapril, Alendronato e Vitamina D. Recentemente, iniciou Gabapentina para neuropatia diabética, com boa resposta da dor neuropática. No momento, com bom controle glicêmico e pressórico.

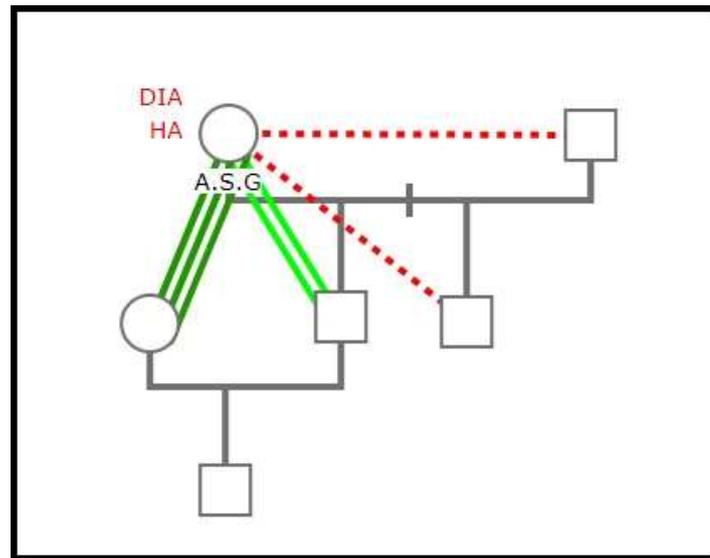
Dona A.S.G mora com o filho mais velho, neto e nora, sendo essa sua cuidadora, tendo em vista que é viúva, pois seu marido faleceu há 15 anos. Possui outro filho mais novo, porém não mantém contato frequente com ele, pois ele mora em outro estado, distante de sua realidade, mas diz mandar ajuda financeira para o tratamento da mãe.

Para apresentar o caso complexo é de grande eficiência utilizar o Genograma como ferramenta auxiliar de entendimento do caso e suas relações familiares, pois permite visualizar através de um desenho gráfico, como está estruturada a família e a relação entre os membros desta.

Assim, o estudo do caso se torna mais completo, ajudando a destacar informações peculiares para a elaboração de um planejamento adequando a sua condição de saúde e de vida, para buscar soluções mais sólidas para seus problemas.

Dessa forma, segue o genograma abaixo:

Figura 2 – Genograma



Fonte: Próprio autor

De acordo com Muniz e Eisenstein (2009), o Genograma tem sido utilizado como instrumento em Terapia Familiar Sistêmica (TFS), como forma eficiente de obter informações da constituição familiar. São retratos gráficos da história e do padrão familiar, que identificam a estrutura básica, o funcionamento e os relacionamentos da família e, assim, evidenciam estressores, constituindo um mapa relacional do paciente e sua família.

Os autores ainda frisam que é uma ferramenta muito utilizada pela saúde, pois é de fácil execução e por seu formato gráfico, o genograma facilita a visualização do contexto familiar e de suas principais características, reunindo maiores possibilidades de detecção dos aspectos psicossociais.

- Exames realizados

Averiguado Pressão arterial: 130x90mmHg; glicemia em jejum: 108 mg/dl, FR: 14mrpm, FC: 76 batimentos por minuto, abdome globoso e flácido, pele sem turgor, mobilidade física preservada deambula lentamente.

Exames Complementares Bioquímicos:

Exame	Resultados	Valores de Ref.
Sódio	140	135-145 mmol/L
Potássio	5,0	3,5-5,5 mmol/L
Creatinina	0,9	0,6-1,2 mg/dL
Uréia	32	16-40 mg/dL
Glicemia de jejum	108	60-110 mg/dL
Colesterol total	160	>170 mg/dl
Triglicérides	120	>130 mg/dl

Fonte: autor próprio

- Conduta Inicial e Avaliação

Foi realizado um acompanhamento geral com a dona A.S.G, onde foram realizadas as seguintes avaliações de seu estado de saúde atual:

Figura 3 – Avaliação da paciente

Área avaliada	Avaliação breve
Nutrição	Não houve alterações ponderais significativas no último ano, mantendo um IMC de <u>27kg/m²</u>
Visão	Baixa acuidade visual em ambos os olhos
Audição	Acuidade auditiva normal
Incontinência	Nega incontinência urinária
Atividade sexual	Viúva há 15 anos, nega vida sexual ativa. Não demonstra desejo, não a incomodando o fato de não ter mais vida <u>sexual</u>
Humor depressão	Nega sintomas depressivos. Escala geriátrica de depressão: sem pontuação para sintomas depressivos
Cognição/memória	Sem déficits cognitivos ou de memória
Função dos MMSS	Função preservada de MMSS
Função dos MMII	Alteração na função MMII, com <u>lentificação da marcha e instabilidade postural</u>
Atividades diárias	Não há limitação nas atividades diárias, exceto para cozinhar o próprio alimento (<u>receio de queda</u>)
Domicílio	Existem tapetes soltos e não há corrimão no banheiro nem escadas na casa
Queda	Quedas recorrentes (<u>3 vezes por semana</u>), que diminuíram após uso da <u>Gabapentina</u>
Suporte Social	Mora com filho, neto e nora, sendo esta a <u>cuidadora</u>

Fonte: autor próprio

Para escolher melhor conduta terapêutica para a paciente é necessário elaborar o Projeto Terapêutico Singular, o qual será aplicado nesse caso, logo abaixo.

- Problemas

Além do processo de senilidade, que naturalmente é responsável por muitos dos declínios funcionais da pessoa idosa, podemos destacar ainda como condicionantes do declínio funcional:

- Baixa acuidade visual: DM e HAS;
- Alteração da função de MMII: neuropatia diabética;
- Quedas recorrentes: baixa acuidade visual, alteração da função de MMII e ambiente domiciliar (tapetes soltos e ausência de corrimão no banheiro);
- Limitação das atividades diárias: fatores anteriormente citados.

- Plano de cuidados – Metas:

O problema central do caso são as quedas recorrentes, que podem ser prevenidas através de algumas ações:

- 1) Encaminhamento para oftalmologista, para avaliação de baixa acuidade visual (avaliar retinopatia diabética e/ou hipertensiva, catarata);
- 2) Orientação sobre ambiente domiciliar: criar um ambiente ideal para idosos, com fixação de tapetes; por corrimão nos banheiros; não deixar objetos espalhados pela casa; proteção da quina dos móveis, entre outros;
- 3) Avaliação de fisioterapia para o déficit de MMII secundário à neuropatia diabética;
- 4) Controle glicêmico e pressórico não rigorosos, a fim de diminuir o risco de hipoglicemia e hipotensão, respectivamente, que podem ser responsáveis por quedas.

- Divisão de tarefas:

- Agentes comunitários de Saúde: com as visitas domiciliares e acolhimento mais próximo ao caso e a família da idosa;
- Enfermeira da Unidade: Atendimento domiciliar e educação em saúde, fornecimento de medicamentos e agendamento de exames;
- Médica: consultar e fornece orientações sobre a conduta, com encaminhamentos para especialidades se necessário e realizará intervenção medicamentosa;
- Paciente: aderir corretamente ao tratamento junto com sua família.

- Avaliação e monitoramento

A conduta inicial mantém-se tendo em vista que o tratamento medicamentoso está surtindo efeito e diante das visitas domiciliares e acompanhamento nas consultas, paciente apresentou uma melhor adesão ao tratamento e recuperação satisfatória.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Um dos objetivos desse portfólio, conforme a introdução, é apresentar minha vivência relacionada a promoção e educação da saúde na Unidade Vila Brasil, para mostrar meu trabalho na prática no atendimento à população da junto a importância de aprendizagem desse curso de Especialização em Saúde da Família.

Acredito que a base para o trabalho em uma Unidade de Saúde é a promoção e educação da saúde, assim como os níveis de prevenção existentes, de modo a reduzir e evitar os riscos de se adquirir determinada doença.

Segundo Czeresnia (1999), enquanto a prevenção visa diminuir a probabilidade da ocorrência de uma doença ou enfermidade específica, a promoção da saúde visa aumentar, através de esforços intersectoriais, a saúde e o bem-estar geral.

Promover saúde ou utilizar medidas preventivas significa prevenir a ocorrência ou a evolução da doença, a partir do entendimento de sua História Natural. Logo, níveis de prevenção são as barreiras que interpomos nas diversas etapas do ciclo evolutivo de uma determinada doença (MACIEL, 2008).

Referente aos níveis de Prevenção, estes são propostos por Leavell e Clark (1976):

- Primeiro nível – Promoção da saúde;
- Segundo nível – Proteção específica;
- Terceiro nível – Diagnóstico precoce e Tratamento imediato;
- Quarto nível – Limitação do dano;
- Quinto nível – Reabilitação
-

Segundo Hurtado (2007), educação Popular em Saúde configura-se como um processo de formação e capacitação que se dá dentro de uma perspectiva política de classe e que toma parte ou se vincula à ação organizada do povo para alcançar o objetivo de construir uma sociedade nova de acordo com seus interesses. Ela é caracterizada como a teoria a partir da prática e não a teoria sobre a prática como ocorre na educação em saúde tradicional.

Diante dos apontamentos acima, fica evidente a importância da prevenção, da promoção e da educação em saúde no nosso ambiente de trabalho, pois lidamos com

comunidades e pessoas aflitas por informação, para serem orientadas a se fazer o que é certo para sua saúde.

Assim, nesse tópico irei abordar a promoção e educação em saúde no pré-natal realizada pela ESF Vila Brasil. Como toda educação em saúde, realizamos em grupo, com as gestantes e mulheres que desejarem participar, mediante agendamento das palestras que são feitas na própria unidade.

Segue abaixo o planejamento do grupo de gestantes em atendimento na educação em saúde no pré-natal nos meses de setembro e outubro de 2017:

O que?	Tema	Pra quem?	Porque?	Onde?	Quando?
Educação em saúde em grupo de gestantes	Aleitamento materno	Gestantes e puérperas	Explicar sobre os benefícios do aleitamento materno exclusivo	ESF Vila Brasil	Mês de Setembro 2017
Educação em saúde em grupo de gestantes	Parto humanizado	Gestantes e puérperas	Apontar os benefícios do parto normal e sua humanização	ESF Vila Brasil	Mês de Setembro 2017
Educação em saúde em grupo de gestantes	Caderneta de Saúde da Criança	Gestantes e puérperas	Mostrar a funcionalidade da Caderneta e orientar mães para que levem em atendimento	ESF Vila Brasil	Mês de outubro 2017
Educação em saúde em grupo de gestantes	Calendário de vacinas da criança	Gestantes e puérperas	Mostrar a importância de manter as vacinas em dias	ESF Vila Brasil	Mês de outubro 2017

Fonte: Próprio autor.

Como observado no quadro acima, exercemos a educação em saúde através do grupo de gestantes no pré-natal, promovendo a saúde e tratando da prevenção de doenças na gestação e no puerpério, acompanhando a evolução do pré-natal e puerpério.

4 VISITA DOMICILIAR/ ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO

Ao longo do curso de especialização em saúde da família, pude compreender a importância da visita domiciliar ou atendimento domiciliar, pois quando a equipe de saúde vai até a casa da pessoa, ela pode acompanhar de perto sua evolução, os fatores que influenciam na sua saúde, fatores que se ela fosse na ESF não seríamos capazes de perceber.

Isso ajuda a estipular o melhor tratamento para sua condição de saúde, assim todos da equipe dentro de suas prioridades devem realizar a visita domiciliar, quando necessário e mediante reunião da equipe para cada caso.

Segundo Magalutti (2012), no Brasil, o enfoque da intervenção domiciliária foi introduzido no início do século XX, por meio de práticas sanitárias trazidas da Europa, em especial por Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Carlos Chagas. A VD constituiu estratégia no combate às doenças transmissíveis daquela época.

A VD vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década (MAGALUTTI, 2012).

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário (MAGALUTTI, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a visita domiciliar pode ser elaborada pela equipe de saúde conforme os seguintes objetivos:

- **Modalidade de atenção “substitutiva ou complementar”**: pode tanto substituir o cuidado prestado em outro ponto da Rede de Atenção à Saúde, a exemplo do hospital, como complementar os cuidados iniciados em qualquer um dos pontos, a exemplo das Unidades Básicas de Saúde e do próprio hospital. Assim, “a atenção domiciliar

pode ser trabalhada como um dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde;

- **Ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde:** traz um escopo amplo de objetos e finalidades para as equipes que cuidam dos pacientes no domicílio, não focando somente na assistência, mas também em aspectos de prevenção, promoção e reabilitação, utilizando, para isso, estratégias para a educação em saúde e tendo como uma das finalidades o aumento no grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares;

- **Continuidade do cuidado:** a atenção domiciliar possibilita que não existam rupturas no cuidado prestado ao paciente ao potencializar a construção de “pontes” entre os pontos de atenção e a pessoa, em seu próprio domicílio;

- **Integrada às Redes de Atenção à Saúde:** a AD potencializa a transversalidade da atenção ao colocar o usuário e suas necessidades no centro, devendo estar integrada à rede de atenção à saúde; para Caderno de Atenção Domiciliar isso, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) deve ter estabelecido e pactuado fluxos e protocolos com o conjunto dos pontos de atenção dessa rede.

Na Unidade Vila Brasil, a visita domiciliar ocorre mediante o planejamento das ações e procedimentos a serem realizados. Os profissionais são escalados para realizar a visita mediante cada caso.

Quadro 01: Equipe e visita domicilia na UBS Vila Brasil

<p>ACS - Diário</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cadastro de famílias; -Busca ativa de ausentes; -Preenchimento das fichas do SIAB e orientações em saúde
<p>Enfermeiro – Segunda e Quinta</p> <ul style="list-style-type: none"> -Procedimentos complexos de enfermagem como curativos, aferir PA, Dextro, sondas, etc; -Registros de enfermagem sobre o paciente; - Acompanhamento do paciente.
<p>Médico – Segunda e Sexta</p>

-Promoção da saúde;

Procedimentos médicos como aferir PA, Dextro, ausculta pulmonar, etc;

-Registros médico sobre o paciente;

- Encaminhamento para exames e especialistas;

- Consultas médicas em domicílio.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao participar desse curso de especialização em saúde da família pude essencialmente mesclar as teorias recebidas com as aulas virtuais e agregar as práticas de médico da família na Unidade Vila Brasil, pois a população atendida necessita de intervenções eficazes, principalmente no campo da educação em saúde, o que foi muito abordado ao longo do curso.

Com a aprendizagem apresentada pelo Eixo I, de saúde coletiva, pude aprender muita coisa relacionada as práticas na ESF, aos atributos da APS, a territorialização, que é muito importante para conhecer o território que a ESF atende, as demandas espontâneas e planejar em cima de cada indicador de saúde, estratégias necessárias para melhorar a qualidade de vida da população.

Nas disciplinas de saúde baseada em evidencia, pude aprender a como lidar com a dúvida clínica. Com o SOAP, desenvolvi melhor minhas práticas de relatórios médicos, diante de cada caso na população. Os processos de trabalho em equipe foram essenciais para saber como lidar com a equipe e a dinâmica em grupo, principalmente durante os grupos de gestantes e orientações em saúde fornecidas na unidade.

No Eixo II, dos casos complexos, aprendi a elaborar um planejamento de atendimento para cada caso e trabalhar também com o acolhimento da população, com suas crenças e histórias de vida, que são pouco consideradas na realidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família.

Na elaboração desse portfólio, para o TCC, as teorias complementaram mais uma vez a prática, pois realizei um estudo de caso na própria ESF, a visita domiciliar eu implementei com acolhimento a família, a promoção da saúde mais uma vez muito usada na educação em saúde com a comunidade.

Portanto, a realização desse curso foi de grande valia na minha formação, que irei levar para meu crescimento enquanto pessoa e profissional de saúde, junto as práticas a equipe de saúde da família.

6 REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CZERESNIA, D. A concepção da saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cadernos de Saúde Pública**. 15 : 4 (1999) 701-709. 1999.

HURTADO C. **A educação popular: conceito que se define na práxis**. 2007. Disponível:
<http://www.redepopsaude.com.br/varal>. Acesso em 17 de novembro de 2017.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. Medicina preventiva. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1976.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades: Amajari**. 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/amajari/panorama> > . Acesso em 02 de setembro de 2017.

MACIEI MED. **A educação em saúde na concepção dos agentes comunitários de saúde de Fátima do Sul-MS** [monografia]. Campo Grande (MS):Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2008.

MALAGUTTI, W.(organizador). **Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MUNIZ, J. R; EISENSTEIN, E. **Genograma: informações sobre família na (in)formação médica**. Revista brasileira de educação médica. 33 (1) : 72 – 79 ; 2009.

7 ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROPOSTA DE PREVENÇÃO DO PARASITISMO INTESTINAL A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES VOLTADAS À AMPLIAÇÃO DO CONHECIMENTO DAS MÃES DAS CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA VILA BRASIL, MUNICÍPIO AMAJARI.

NOME: DRIALYS CRUZ LAFFITA

AMAJARI, 2017.

INTRODUÇÃO

A expansão de saneamento básico, melhoria das condições de moradia e o aumento da renda familiar, se associam, segundo vários autores ressaltam, ao decréscimo da prevalência de algumas parasitoses (Ferreira et al, 2000), porém existem situações que não se encaixam nesse padrão. Foi revelado por meio de cruzamento de dados feito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada com informações do IBGE que 34.5 milhões de brasileiros moradores de áreas urbanas não têm acesso a coleta de esgoto (Carneiro, 2008) o que aumenta a probabilidade de infecções por parasitas. Segundo Andrade et al (2010), esses fatores associados ao aumento do êxodo rural e o crescimento acelerado dos aglomerados urbanos, aumentam a probabilidade de exposição a várias doenças, dentre elas, as parasitoses. São insuficientes as referências sobre parasitoses intestinais na população em geral, especialmente no Brasil. Embora essas doenças sejam relevantes na epidemiologia e na saúde pública, os estudos existentes são muito pontuais. Tal situação, aliada à dificuldade de realização de exames coproparasitológicos em maior escala, pouco contribui para o conhecimento das consequências na população em geral. Essas dificuldades persistem, apesar de existirem programas para auxílio no controle dessas e outras doenças nas escolas. Um exemplo é o Programa Saúde na Escola (PSE) que, desde 2007, aproveita o espaço das escolas para práticas de promoção à saúde (PORTAL DA SAÚDE – SUS, 2007). Andrade et al (2010), ainda afirma que *Ascaridíase*, *tricuríase*, infecções por ancilostomídeos e outras helmintíases intestinais estão listadas entre as doenças negligenciadas. São concentradas nas populações mais carentes de recursos ligados à educação e saúde, e muitas delas não apresentam altas taxas de mortalidade, embora apresentem alta taxa de morbidade. Diante da grande expansão da educação infantil nos últimos anos (Oliveira e Oliveira 2005), ressaltam a consciência da sociedade em relação a importância das experiências de seus filhos na primeira infância, o que vem motivando o aumento da demanda por uma educação institucional para crianças de 0 a 6 anos . A creche, como uma instituição social, têm como objetivo educar e formar a criança que, na maior parte do tempo , está sob cuidados dos educadores , ou monitores (Oliveira e Oliveira 2005) . Hoje em dia as mulheres têm

a necessidade de substituírem parte do seu tempo de dedicação com os cuidados da casa e dos filhos pelo trabalho . Nesse ponto , a creche se torna uma opção viável para o desenvolvimento das crianças e , conseqüentemente , um lugar onde essas mães podem deixar seus filhos durante sua jornada de trabalho . O surgimento da creche está ligado às transformações na sociedade , na organização da família , no papel social feminino e em suas respectivas repercussões , principalmente , no que se refere aos cuidados das crianças pequenas . Percebe – se que o aumento da procura das creches pelos pais aumenta a demanda de crianças nessas instituições, que muitas vezes não tem a estrutura necessária para acolhe - as , o que pode ocasionar em transmissão de parasitoses . Dessa forma cabe aos profissionais engajados na área de saúde coletiva garantir que as crianças tenham acesso a creches de boa qualidade, de forma que os riscos à saúde das crianças sejam os menores possíveis. Para isso, é preciso estar preparado para oferecer orientação e suporte às creches existentes, assim como elaborar normas de funcionamento interno , relacionadas a higiene , que atendam às necessidades e os interesses das crianças usuárias . Portanto o presente trabalho visa relacionar a transmissão de parasitoses intestinais com a falta de informação da população a respeito dessas doenças . Levando em consideração que a Educação Sanitária é um forte aliado para os cuidados com a prevenção de doenças parasitárias intestinais, o trabalho visa também apontar medidas de prevenção relacionadas à informação . A relevância deste projeto é justificada pela necessidade atual de ampliação do conhecimento das mães de crianças até dois anos quanto a etiologia, sintomatologia, via de transmissão e formas de prevenção das parasitose intestinais diminuindo sua incidência nessa comunidade.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Ampliar o nível de conhecimento sobre parasitoses intestinais das mães de crianças menores de dois anos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde Vila Brasil , município de Amajari .

Objetivos Específicos

- 1 . Diagnosticar o nível de conhecimento das mães de crianças até dois anos cadastradas na Unidade de Saúde relacionado com etiologia , via de transmissão , sintomatologia e prevenção das parasitoses intestinais antes de aplicada a intervenção .
- 2 . Implementar a proposta de intervenção segundo as necessidades identificadas.
- 3 . Avaliar o nível de conhecimento adquirido depois da intervenção educativa .
- 4 . Ampliar a ação para outras áreas do município .

JUSTIFICATIVA

As doenças parasitárias são causadas pela infestação com parasitas, vermes ou insetos . As parasitoses intestinais constituem ainda um dos mais sérios problemas de saúde no Brasil , caracterizando - se como um indicativo de subdesenvolvimento , relacionado com as condições socioeconômicas da população , sendo o aumento da prevalência uma consequência direta do empobrecimento da população em comunidades vulneráveis das periferias dos centros urbanos e favelas , especialmente entre as crianças ; em termos globais ou absolutos , o número de casos continua aumentando consideravelmente dependendo de aspectos climáticos , das características do solo , dos hábitos alimentares , de higiene e das condições ambientais das comunidades , por isso é necessário a realização de estudos que atuem nesta área de saúde , incrementando com isso o nível de conhecimento da população , principalmente das mães das crianças menores de dois anos do universo de estudo .

Este trabalho justifica – se por atender a demanda da área de saúde , sendo um estudo que pretende ampliar o nível de conhecimento das mães das crianças menores de dois anos quanto a etiologia , sintomatologia , via de transmissão e formas de prevenção , por ser a parasitoses intestinais uma das maiores causas de internação em minha comunidade , a partir do começo de ano até o momento já tem 45 casos e 15 internações .

As mães das crianças menores de dois anos que sejam escolhidas servirão – se como parâmetro de avaliação em relação com o nível de conhecimento de o total das mães das crianças menores de dois anos de minha área de saúde . Após finalização da intervenção educativa com as mães das crianças menores de dois anos , por meio de protocolos estabelecidos para este estudo , a prefeitura municipal em conjunto com as administrações da equipe de saúde promoverá um conjunto de ações de saúde para diminuir a elevada incidência e prevalência das parasitoses intestinais na área de saúde da atenção básica estudada e com ele facilitar a extensão deste estudo para outras áreas de saúde dentro do mesmo município , para com isso , elevar o nível de conhecimento de todas as mães das crianças menores de dois anos , conseguindo diminuir a quantidade de casos positivos por esta doença .

REVISÃO DE LITERATURA

Doenças Parasitárias:

São doenças causadas pela infestação com parasitos , como protozoários , vermes ou insetos. Estas doenças são muito comuns, ainda constituem um sério problema de Saúde Pública, apresentando-se de forma endêmica em diversas áreas de Brasil , na África, sul da Ásia, América Central e América do sul , sendo um indicativo de subdesenvolvimento e desenvolvimento socioeconômico em as comunidades especialmente entre as crianças(cerca de 55% das crianças do Brasil são poli parasitadas). Posso dizer também que sete bilhões de pessoas estão infestadas com parasitos , eles vivem em todos os lugares , mais principalmente em climas quentes e úmidos, alguns são encontrados em todo o mundo, mesmo em climas mais frios e nas nações mais ricas.(ALVES, L, 2010).

O Parasitismo intestinal ainda constitui um dois mais sérios problemas de Saúde Pública no Brasil, tendo relação com as condições socioeconômicas ; sendo o aumento da prevalência uma consequência direta do empobrecimento da população . Em comunidades vulneráveis das periferias de centros urbanos e favelas , mais de 50 % dos parasitológicos de fezes são positivos para um ou múltiplos parasitas. Conforme a OPS, as geohelmintoses são altamente frequentes em América Latina estimada de 30%, mais alcançando 50% em comunidades vulneráveis e até 95 % em algumas tribus indígenas (KORKES, 2009; PÉREZ, 2008).

Estudos isolados como os de Alves et al . (2003); Marques et al .(2005); Santos et al.(2007); Silva et al . (2008) ; Hinke(2009), vem sendo publicados ao longo da última década , os inquéritos epidemiológicos que tratam de traçar o perfil das parasitoses intestinais das comunidades.

Os parasitas intestinais mais frequentes encontrados em seres humanos, constituindo agravo importante 'a Saúde, dentre os helmintos os mais frequentes são os nematelmintos (se que exista um cerca de um bilhão de indivíduos parasitados pelo *Ascaris Lumbricoides* e um número menor deste albergaria também *Trichiuri Trichura*).

Dentre os protozoários destaca -se (*Entamoeba Histolytica* e *Giardia Lamblia*); cerca de 400 milhões estariam infectados por *Giardia Lamblia* e 200 milhões por *Entamoeba Histolytica* (CIMERMAN e CIMERMAN, 2008; FERREIRA, 2000).

Os fatores de riscos inerente ao meio ambiente em que vive o indivíduo , tais como a exposição aos seus próprios dejetos e ao lixo gerado , o uso de consumo de água não adequadamente tratada (contaminada por (oo)cistos dos citados protozoários); podem levar a infecção do hospedeiro de forma indireta mediante a ingestão para consumo, ingestão acidental e contaminação dos alimentos; ou pela forma direta que se dá por meio da rota fecal-oral por contato interpessoal ou contato com animais infestados, podem ser determinantes para que a gangorra do binômio parasita-hospedeiro(TOSCANI, 2007; NETO et al ., 2008; CDC, 2013).

Os idosos, crianças , gestantes , imunodeprimidos fazem parte da população mais vulnerável a desenvolver morbidades e complicações quando expostos a patógenos oportunistas. (IGNOTO, 2010). De acordo com Rossit(2007) , as crianças com o sistema imunológico suprimido além de ser mais vulneráveis a desenvolver doenças quando expostas a patógenos clássicos são também mais susceptíveis a infecções causadas por diferentes agentes oportunistas. Segundo Zaiden e outros autores(2008, as parasitoses são infecções que podem desencadear alterações no estado físico, psicossomático e social, interferindo diretamente na qualidade de vida de seus portadores, principalmente em crianças de classe sociais mais baixas, com precárias condições sanitárias, mal hábitos de higiene em situação de distribuição e em locais de aglomerações tais como creches, escolas, asilos e orfanatos , pela facilidade de contaminação e disseminação. Neste contexto um estudo desenvolvido no Egito, constato que a prevalência de parasitas em crianças internadas que apresentaram diarreia foi maior naquelas que apresentaram imunossupressão(94%) quando comparada com a prevalência em crianças imunocompetentes(60%), ressaltando a importância da pesquisa de patógenos nessa população devido ao grau de morbidade associado (ABDEL-HAFEEZ et al., 2012).

Nos últimos 50 anos apesar de os grandes avanços médicos e tecnológicos , houve reduções pouco significativas na prevalência nas doenças parasitárias , em termos globais ou absolutos, o número de casos continua aumentando consideravelmente ; dependendo de os aspectos climáticos, das características do solo, dos hábitos alimentares e de higiene e das condições ambientais das comunidades.

METODOLOGIA

O estudo será realizado em três etapas:

-Primeira etapa (diagnóstica):

Realizar-se-á identificação do cenário epidemiológico atual,

-Segunda etapa (intervenção):

Se elaborará um programa de educação em saúde voltado á ampliação do conhecimento de mães de crianças até dois anos sobre prevenção da parasitose intestinal.

-Terceira etapa (avaliativa):

Se avaliará se houve modificação do conhecimento das mães sobre prevenção das parasitoses intestinais antes e depois da intervenção a partir da aplicação de um questionário (antes e depois) .

1-Cenário do estudo:

O estudo será realizado no município de Amajari , Estado Roraima , que tem 7000 habitantes . O nome da prefeita é Vera Lucia Cardoso . Quanto a economia é baseada principalmente no comércio e serviços , sendo a maior empresa da cidade o Supermercado César que trabalha no ramo de comércio e tem 18 funcionários . Quanto aos habitantes 2500 são homens e 4500 mulheres . Quanto à escolaridade temos cerca de 10 % de pessoas analfabetas . Quanto ao lazer a única alternativa que tem e o rio . Em relação à estrutura de saúde , temos 3 unidades sanitárias : uma unidade básica de saúde composta por dois equipes de saúde : um urbano e outro rural , o meu é o urbano composto pelo enfermeiro , uma técnica de enfermagem , 6 agentes comunitários de saúde , e a doutora , uma unidade de urgência e emergência e o laboratório clínico . As causas de internação mais frequentes são por acidentes de motos principalmente pois é o médio de transporte mais comum na cidade , descompensação de enfermidades crônicas não transmissíveis como : Hipertensão Arterial , Diabetes Mellitus principalmente por não fazer os tratamentos de forma correta . O município em geral é muito tranquilo , com boas pessoas , carentes , humildes e com pouco movimento , tem uma igreja , muitos comércios de venda , restaurantes criados nas casa dos mesmos moradores , uma escola , um instituto , uma caixa lotérica , uma agência do banco brasil .

As casas na grande maioria são de madeira e uma minoria de tijolo/adobe, o abastecimento de água ocorre pela rede pública, o destino de lixo e por coleta pública

mas as vezes se encontra nas ruas pela falta de conscientização das pessoas , por isso tem muitas pessoas com parasitoses principalmente crianças , e o destino de fezes/urina é por fossa , que muitas estão nas ruas podendo ocasionar a aparição de muitas enfermidades transmitidas por vetores como são : Dengue , Malária , Chikungunya . Também há muitas pessoas que moram no interior , zona rural onde tem muitas enfermidades por dermatofitoses e insetos pela convivência com animais , a pobreza e pelo clima que é muito quente , também pelas condições desfavoráveis de higiene que tem muitos .

2-Sujeitos de estudo:

O sujeito de estudo serão as mães das crianças menores de dois anos que comparecerem a consulta, totalizando 55 mães; que representou 100% das mesmas e excluindo aquelas que tinham retardo mental moderado ou severo. Além disso aquelas com doenças incapacitantes , que não pudessem assistir aos encontros, a àquelas que não assistiram a dois a mais encontros, e a àquelas que não deram seu consentimento para participar dela atividade. Tendo em conta os critérios anteriores em a investigação participar do presente estudo 38 mães.

3-Desenho do estudo:

O projeto será dividido em três etapas: diagnóstica, intervenção e avaliativa.

3.1-Diagnóstica:

Se dará uma explicação sobre o nível científico do projeto , sobre os benefícios para os participantes, sua família e para toda a população, tendo caráter anônimo e confiável as entrevistas que serão realizadas.

Para realizar este estudo, depois de uma revisão bibliográfica profunda vai se elaborar um questionário com uma linguagem acessível , que define os diferentes aspectos de acordo com os objetivos propostos. O mesmo vai ser respondido de forma individual assegurando a confiabilidade total da informação obtida.

Para o primeiro objetivo vai se utilizar as seguintes variáveis: idade, nível de escolaridade, ocupação; os seguintes grupos etéreos : de 15 - 19, de 20-24, de 25-29, de 30-34, de 35-39, e de 40-45, também se complementarà mediante um questionário com as variáveis necessárias, abordando temas como principais agentes causais das parasitoses intestinais, via de transmissão, sintomas mais frequentes e principais formas de prevenção.

3.2-Intervenção:

Para o segundo objetivo vai se realizar um programa de capacitação a partir dos resultados obtidos, o questionário e as bases psicopedagógica da educação para a saúde. Será realizado também um encontro semanal por um período de 16 semanas sem exceder de 45 minutos em cada encontro , utilizando-se uma técnica de animação para melhorar a comunicação e o grupo de estudo. Serão formados dois grupos de 19 pacientes onde se empregara as técnicas afetivas e participativa como o análises grupal, discussão em grupo, chuva de ideias e palavras chaves.

Coleta de dados:

Os dados serão processados em um computador, onde será criada uma base de dados no sistema Epi Info 2002, e vai se calcular a porcentagem como medida de resumo e a porcentagem de variação como medida de comparação. Os resultados serão expressados em quadros de distribuição de frequência absoluta e relativa e gráficos de barras simples.

A discussão dos resultados e sua interpretação serão realizadas mediante o detalhamento do trabalho, tendo como base os elementos encontrados em nossa revisão bibliográfica, extraídos das publicações nacionais e estrangeiras; obtidas estas por meio de e -mail e internet.

3.3-Avaliação:

Esta etapa permitirá complementar o terceiro objetivo. Após as 16 semanas de estudo será possível concluir o programa de capacitação, se aplicará novamente o questionário para precisar o nível de conhecimento das mães das crianças menores de dois anos, para que possamos realizar a avaliação acerca da modificação do nível de conhecimento das mães acerca das parasitoses intestinais.

RECURSOS NECESSÁRIOS

1. Resma de papel.
2. Canetas do tipo piloto.
3. Caneta esferográfica.
4. Cartucho de HP preto.
5. Notebook básico.

CRONOGRAMA

AÇÕES	Janeiro/17	Fev/17	Março/17	Abril/17	Mai/17
Escolha paciente e aplicação questionário	X	X			
Interpretação conhecimento das mães e exclusão de quem não/participa elaboração quest.		X	X		
Revisão de literatura, base de dados, desenho.			X		
Avaliação do nível de conhecimento das mães e análise estatística			X		
Interpretação dos resultados e elaboração do relatório				X	X

ORÇAMENTO

TENS DE CUSTEIO	QUANTIDA DE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Material de consumo			
Resma de papel	Dois	20.00	40.00
Caixa de canetas do tipo piloto com 12 unidades	Quatro	0.80	38.40
Caixa de caneta esferográfica de 50 unidades	Um	0.85	42.50
Cartucho de HP preto	Dois	45.00	90.00
TOTAL			210.90
Material permanente			
Tablet	Um	500.00	500.00
Computador	Um	1000.00	1000.00
TOTAL			1500.00
Serviços de terceiros/ pessoas			
Reprografia (fichas (De avaliação)	38	0.50	19.00
Reprografia (cartilhas)	38	3.00	114.00
TOTAL			133.00
TOTAL GERAL			1843.90

RESULTADOS ESPERADOS

Com a realização deste projeto pretende-se que 100% das mães das crianças menores de dois anos que participem no trabalho possam elevar seu nível de conhecimento sobre:

- *._ Os agentes causadores das parasitoses intestinais em um 90%.
- *._ Rota de transmissão em um 95%.
- *._ Sintomatologia das parasitoses em um 96%.
- *._ Formas de prevenir a parasitoses intestinais em um 95%.
- *._ Infecções parasitárias em um 95%.

Portanto, com as mães mais informadas as crianças passariam a ter um melhor desenvolvimento, evitando este tipo de doenças, melhorando a morbimortalidade infantil. Além disso, que as mães fossem capazes de transmitir os conhecimentos adquiridos durante a intervenção a outras mães.

CONCLUSÕES

A realização deste projeto vai ter uma importância para todos no âmbito da Atenção Básica de Saúde , considerando que será realizado pela equipe e serão usados como participantes da estratégia de intervenção os próprios usuários do serviço, ou seja, as mães das crianças até dois anos de idade, acometidas por doenças parasitárias.

Será uma intervenção de educação em saúde de fácil aplicação e também que tem grande probidade de sucesso, considerando ainda que na área de saúde, onde será executada a intervenção, mais de 90% das crianças menores de dois anos estão infectadas com parasitas, como consequência desta situação foi decidida fazer uma proposta de educação em saúde para as mães das crianças, tendo como objetivo diminuir esta problemática de saúde.

REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1._ ALVES , L- Educação Sanitária -2010 Disponível em a: < [http://ecuador,brasilecola.com/sugestões-pais-professores/educação-sanitaria .htm](http://ecuador,brasilecola.com/sugestões-pais-professores/educação-sanitaria.htm)> Acesso em 25/10/2012.
- 2._ ANDRADE, E.C.; LEITE, I.C.G.; RODRIGUES V.O.; CESCAR M.G-Parasitose Intestinais : Uma revisão sobre seus aspectos sociais , epidemiológicos, clínicos e terapêuticos.-Rev.APS, Juiz de Fora, vol.13 , n .2 , p .231_240, abr./jun.2010.
- 3._ JÚNIOR, G.S.- Projeto Educação Sanitária na Escola -2009_ Disponível em: < <http://www.recantodasletras.com.br/artigos/1743678>>Acesso em : 02/10/2012.
- 4._ RENOVATO, R.D. e BAGNATO , M.H.S.da Educação Sanitária para a educação em Saúde (1980_1992): discursos e práticas-Rev.Eletrônica de Enfermagem , Jan.de 2012.
- 5._ SOUZA, M.C, Educação para a prevenção de doenças que acometem crianças : em busca da qualidade de vida -X JORNADA DE ENSINO , PESQUISA E EXTENSÃO-JEPEX 2010-UFRPE: Recife, 18 a 22 de outubro.
- 6._ VARGAS, A.C.; STANGE C, E.B .- Educação sanitária : Contribuições ao aprendizado em conteúdos de Ciências Biológicas na Educação Básica, Ensino Médio -2010_ Disponível em: < [http://www.diaadiaeducação.PR.gov.br/portals/pode/arquivos/2075_8. PDF](http://www.diaadiaeducação.PR.gov.br/portals/pode/arquivos/2075_8.PDF)>Acesso em: : 29/10/ 2012.
- 7._ COSTA-MACEDO , Lêda Maria da ; COSTA, Maria do Carmo Esteves da; ALMEIDA , Liz Maria de.Parasitismo per Ascaris Lumbricoides em crianças menor de dois anos : estudo populacional em comunidade do Estado do Rio de Janeiro .Caderno Saúde pública, Jan/Mar.1999, vol.15, no.1, P.173_178.
- 8._ VOLOTÃO, A. C . ; RAMOS, N.M .; FANTINATTI, M. ; DE MORAES , M.V. ; NETTO , H.A .; STORTI-MELO, L.M; DE GODOY , E. A ; ROSSIT , A.R .; FERNANDES, O.; MACHADO , R.L.Giardiasis as zoonosis : between proof of principle and paradigm in the northwestern region of São Paulo State , Brasil.Braz.J.Infect.Dis., v.15, p.382_383, 2011.
- 9._ YANG, R.; REID, A.; LYMBERY , A.; RYAN , U. Identification of zoonotic Giardia genotypes in fish. Int.J.Parasitol.; v.40, p.779_785, 2010.

- 10._ Alvar J, Bashaye S , Argaw D , Cruz I , Aparício P , Massa A, et al .Kala -azar outbreak in Libo Kemkem , Etiópia: epidemiologic and parasitologic assessment .2007 [citado 9 de maio de 2013] ; Recuperado de : <http://msf.openrepository.com/MSF/handle/10144/31334>.
- 11-BARROS, A. J. D.;HALPERN R., MENEGON O. E. - **Creches públicas e privadas de Pelotas, RS: aderência à norma técnica.** - Jornal de Pediatria Rio de Janeiro, 1998. CARNEIRO, F. – 2008; Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL583664-5598,00-BRASIL+TEM+MILHOES+DE+PESSOAS+SEM+ESGOTO+EM+AREAS+URBANAS.html>> Acesso em: 29/04/2012.
- 13- CHIEFFI, P. P. e AMATO-NETO, V. – **Vermes, verminoses e saúde pública: In: Ciência e Cultura** -vol.55, n.1, p.41-43, 2003.
- 14- FERREIRA, U. M.; FERREIRA, C. S.; MONTEIRO, C. A. - **Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo** - (1984-1996). Rev. Saúde Pública 34 (Supl6): 73-83, 2000.
- 15-FINGER, E. - **A termodinâmica como princípio motriz do sistema imune** - Einstein (São Paulo) vol.10 nº 3 São Paulo Jul/Set 2012
- 16-GURGEL, R. Q.; CARDOSO, G. S.; SILVA, A. M.; SANTOS, L. N.; OLIVEIRA, R. C. V. - **Creche: ambiente expositor ou protetor nas infestações por parasitas intestinais em Aracaju, SE** - Rev. Soc. Bras. Med. Trop. vol.38 no.3 Uberaba Maio/Junho 2005.
- 18-KEISTONE, J. S.; YANG J.; GRISDALE D.; HARRINGTON M.; PILLON L.; ANDREYCHUK R. - **Intestinal parasites in metropolitan Toronto day-care centers.** - Can. Med. Assoc. J 131: 733-735, 1984.
- 19- LUDWIG,K. M.; FREI, F., FILHO, F. A.; RIBEIRO-PAES, J. T. - **Correlação entre condições de saneamento básico e parasitoses intestinais na população de Assis.** - São Paulo. Rev.Soc.Bras.Med. Tropical.v.32., n.5.p.547-555,set/out.1999.
- 21- MELO, A. L.; VITOR, R. W. A. - **Parasitologia Humana** -11ª ed., São Paulo: Editora Atheneu, 2005. OLIVEIRA, D. G. B. B.; OLIVEIRA, M. – **A importância da creche para a sociedade** –2005. PACHECO, A. L. P. B.; DUPRET, L. - **Creche: desenvolvimento ou sobrevivência?**– 2004.
- 22-PORTAL DA SAÚDE – SUS, 2007 – Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1828> Acesso em: 26/06/2013.

- 23-PRADO, M. S.; BARRETO, M. L.; STRINA, A.; FARIA, J. A.; NOBRE, A. A.; JESUS, S. R. - **Prevalência e intensidade da infecção por parasitas intestinais em crianças na idade escolar na Cidade de Salvador (Bahia, Brasil)** - Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba, vol. 34, n. 1, 2001
- 24-RENOVATO, R. D. e BAGNATO, M. H. S - **Práticas educativas em saúde: um território de saber, poder e produção de identidades.** – Esc. Anna Nery vol.13 no.3 Rio de Janeiro, Jul. de 2009.
- 25-SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE -**Plano Nacional de Vigilância e Controle das enteroparasitoses.**- Brasília; Ministério da Saúde; 2005.
- 26- TOSCANI, N. V.; SANTOS A. J. D. S.; SILVA, L. L. M.; TONIAL, C. T.; CHAZAN, M.; WIEBBELLING, A. M. P.; MEZZARI, A.- **Desenvolvimento e análise de jogo educativo para crianças visando à prevenção de doenças parasitológicas.** - Interface, Botucatu, vol. 11, n. 22, 2007.