



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

YUDISEL TATIANA REMÓN PÉREZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA FAMÍLIAS SOBRE PREVENÇÃO DAS  
PARASITÓSES INTESTINAL. COMUNIDADE IRACEMA, MÂNCIO LIMA. 2017**

MÂNCIO LIMA-AC  
2017



YUDISEL TATIANA REMÓN PÉREZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA FAMÍLIAS SOBRE PREVENÇÃO DAS  
PARASIToses INTESTINAL. COMUNIDADE IRACEMA, MÂNCIO LIMA. 2017.**

Trabalho de conclusão de curso de  
Especialização em Saúde da Família da  
Universidade Federal de Ciências da Saúde  
de Porto Alegre.

Orientador: Prof. Fabiano Fragas de  
Carvalho.

MÂNCIO LIMA-AC  
2017

## SUMARIO

|  |    |
|--|----|
| INTRODUÇÃO   | 4  |
| ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO. ESTUDO DE CASO CLÍNICO                     | 6  |
| ATIVIDADE 3 DO PORTFÓLIO.PROMOÇÃO DA SAÚDE<br>E PREVENÇÃO DE DOENÇAS | 10 |
| ATIVIDADE 4 DO PORTFÓLIO. VISITA DOMICILIAR.                         | 14 |
| ATIVIDADE 5 DO PORTFÓLIO- REFLEXÃO CONCLUSIVA.                       | 17 |
| REFERÊNCIAS  | 19 |
| ANEXO- PROJETO DE INTERVENÇÃO  | 21 |

## INTRODUÇÃO

Meu nome é Yudisel Tatiana Remón Pérez, sou de nacionalidade cubana, tenho formação em Medicina na Faculdade Celia Sánchez Manduley, província de Granma, Cuba, 2008. Atuei na área da Atenção Básica desde minha graduação, trabalhei na policlínica Ernesto Guevara no município Niquero na mesma província de Granma e na policlínica 4 de Abril na cidade de Guantánamo, província com o mesmo nome. Sou especialista de Primeiro Grau em Medicina Geral Integral desde o ano 2012. Trabalhei na República Bolivariana de Venezuela no Programa Bairro Adentro I e agora estou trabalhando no Brasil no Programa Mais Médico desde agosto do ano 2016.

Atualmente atuo na Unidade Básica de Saúde (UBS) José Araújo, localizada no bairro Iracema, município Mâncio Lima, estado do Acre. A população atendida é rural cuja área de abrangência atende os bairros Iracema propriamente, São Domingo, Maloca, Ramal do Vinte, Ramal do Tônico, Ramal do Feijão Ensosso, com uma área adstrita em torno a 2025 pacientes.

A equipe está composta por uma médica, um enfermeiro, um odontólogo, uma técnica em enfermagem, uma técnica em saúde bucal, seis Agentes Comunitários de Saúde e um microscopista da endemia.

A Unidade Básica de Saúde apresenta uma estrutura adequada para o atendimento da população e realizar atividades de grupo em conjunto com a comunidade através de ações de promoção, prevenção da saúde, além de acompanhamento de doenças e agravos mais frequentes na população. As consultas e/ou atendimentos são feitos por meio de consultas agendadas e de acordo aos programas como hiperdia, pré-natal, saúde da mulher, Doenças Sexualmente Transmissível (DST), Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), saúde do homem, demanda espontânea e visitas domiciliares. Também temos dificuldades para o acompanhamento adequado dos pacientes que são: a dificuldade para realizar exames laboratoriais e acesso a serviços especializados.

Existem na área 4 igrejas católicas, 4 evangélicas ( Duas Assembleia de Deus, Maravilhas do Jesus e Batista), 5 escolas públicas todas de Ensino

Fundamental, não existindo oportunidades de lazer para os moradores. É a agricultura a principal fonte de trabalho e sustento da população.

O território adscrito a UBS é considerado de risco devido á presença de famílias de baixa renda e baixo nível cultural assim como a ausência de saneamento básico adequado e presença de esgoto a céu aberto perto dos domicílios elementos que propiciam elevada incidência de parasitoses intestinal e uma grande prevalência de doenças da pele como as micoses, piодermites, etc. Dentre das doenças crônicas mais frequentes estão á Hipertensão Arterial Sistémica e Diabetes Mellitus tipo II, ás que estão diretamente relacionadas a uma cultura alimentar inadequada, ou seja, alimentação não saudável, ingesta excessiva de sal, uso de álcool e não prática de exercicios físicos. Além disso, tem algumas doenças endêmicas como malária e dengue, devido a frequentes chuvas e alagações na região assim como a presença de floresta dando lugar aos criadouros de mosquitos associados a pouca percepção do risco por parte da população e gestores.

Em anexo segue uma cópia do projeto de intervenção proposto por mim: Intervenção educativa para famílias sobre prevenção das parasitoses intestinal. Comunidade Iracema, Mâncio Lima. Brasil, 2017.

## **ATIVIDADE 2 DO PORTFOLIO-ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

CASO CLINICO: Unidade Básica de Saúde (UBS) JOSE ARAÚJO.

### **Anamneses**

Identificação: Paciente feminina M.E.S. L de 49 anos de idade, escolaridade ensino fundamental completo, religião evangélica, de naturalidade manciolimense, acreana, reside atualmente no município Mâncio Lima.

**QUEIXA PRINCIPAL:** Cefaleia

### **HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:**

**1<sup>ra</sup> Consulta Médica:** Paciente apresenta-se como hipertensa há aproximadamente 7 anos, relatando faz uso irregular da losartana potássica 50 mg, só toma o medicamento quando lembra dele ,agora faz alguns dias não toma.

**Interrogatório sintomatológico:** Sintomas gerais: Tontura ocasional, enjoo.

Cabeça e pescoço: Apresenta cefaleia matinal tipo pulsátil negando outras queixas.

Tórax: Nega tosse e falta de ar.

Abdome: Nega epigastralgia e outras queixas.

Sistema geniturinário: Nega disúria e corrimento vaginal.

Sistema endócrino: Nega alterações.

Sistema nervoso: Não transtorno do sono. Negando outras alterações.

### **ANTECEDENTES PESSOAIS:**

**Fisiológicos:** Nascida de parto normal é a segunda filha de quatro filhos. Telarca 10 anos. Menarca 12 anos. Sexarca 17 anos. Historia obstétrica: G2 P2 Na0.

**Patológicos:** Doenças infecciosas (malária uma vez e dengue uma vez).Nega alergia e outras doenças crônicas. Medicamentos em uso: Losartana potássica e paracetamol.

**Antecedentes familiares:** Mãe já falecida e pai apresentaram Hipertensão Arterial. Irmão mais velho hipertenso.

**Condições de vida:** Paciente que mora com seu marido, sua filha mais jovem de 29 anos e o filho dela criança de 10 anos de idade. A casa tem duas habitações, uma sala, uma cozinha e um banheiro. A renda familiar é três salários mínimos. Alimentando-se predominantemente de mandioca e seus derivados (alimentos com carboidratos), além disso ingerem poucas frutas e verduras, ou seja, levam uma dieta pouco saudável. Toma café várias vezes por dia (3 xícaras diárias), negando tabagismo, uso de álcool e drogas. Levando uma vida sedentária sem prática de exercícios físicos.

**EXAME FÍSICO: Somastocopia:** Paciente com bom estado geral, orientada no tempo, espaço e pessoa, face não características de processos patológicos, linguagem coerente e clara, biótipo normolíneo, atitude voluntária, mucosa normocorada, anictérica, acianótica, afebril ao toque.

**Sinais Vitais:** Temperatura: 36.3°C; Pressão Arterial (PA): 150/90 mmHg; Frequência Cardíaca (FC): 82 bpm.; Frequência Respiratória (FR): 18rpm

**Medidas antropométricas:** Peso: 62 kg                      Altura: 163 cm

**Estado nutricional:** IMC (Índice de Massa Corporal): 23.4 (Normopeso).

Mucosas: Normocoradas e úmidas.

Respiratório: Murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios.

Cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos.

Abdome: Plano, ausência de circulação colateral. Ruídos hidroaéreos presentes e normais. Não dor na palpação, não visceromegalia.

Membros inferiores: Não presença de edemas.

Segundo o Caderno de Atenção Básica, Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas, Hipertensão Arterial Sistêmica (2013), planteamos o

**Diagnóstico:** Hipertensão Arterial estágio 1 tendo em conta a classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos, neste momento descompensada.

**Conduta:**

- ✓ Orientações sanitárias (relacionadas a dieta saudável e prática de exercícios físicos).
- ✓ Losartana Potássica (50 mg) 1 comprimido 2 vezes por dia .
- ✓ Palestra sobre sua doença (importância do tratamento, complicações da mesma, etc. ).
  - ✓ Solicito exame laboratorial: Hemograma completo, Dosagem de glicose, Dosagem de colesterol total, Dosagem de triglicerídeos, dosagem de creatinina, sedimento de urina e fundoscopia.
  - ✓ Retorno a consulta com resultado dos exames.

**2<sup>da</sup> Consulta Médica:** Paciente retorna a consulta com bom estado geral, refere continua com cefaleia e tontura ocasional. Constata-se cifras de PA 130/90 mmHg.

**Resultados de exames**

- ✓ Dosagem de glicose: 87mg/dl
- ✓ Dosagem de colesterol total: 256mg/dl
- ✓ Dosagem de triglicerídeos: 159mg/dl
- ✓ Dosagem de Creatinina: 0,7mg/dl
- ✓ Hemograma Completo: Hb: 12,4 mg/dl      Hto:0.41%
- ✓ Sumario de urina: Negativo.
- ✓ Fundoscopia: Não estreitamento arteriolar, não entrecruzamento vascular, não edema da papila.

**Diagnóstico:** Hipertensão Arterial Sistêmica estagio 1 associado a dislipidemia.

**Conduta:**

- ✓ Reforço das orientações com respeito a mudanças de estilos de vida para lograr melhor efetividade do tratamento (manter uma alimentação saudável e prática de exercícios físicos).
- ✓ Continuar com losartana potássica (50 mg) 1 comprimido de 12 em 12 horas .
- ✓ Sinvastatina (20 mg) tomar 1 comprimido á 21 horas durante 30 dias.
- ✓ Retorno em 15 dias.



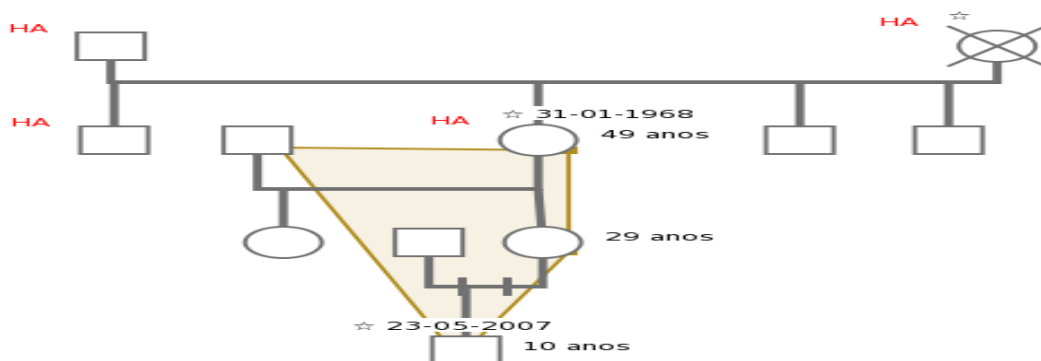
**3<sup>ra</sup> Consulta Médica:** Paciente assintomática refere sentir-se muito melhor, que esta realizando a dieta, exercícios, pois fica realizando caminhadas no campo de jogar futebol, além disso, o tratamento indicado.

**Triagem:** Peso: 61.7 kg; PA: 130/80 mmHg ; IMC: 23.2

**Conduta:**

- ✓ Manter estratégia de tratamento anterior.
- ✓ Agendamento de visita domiciliar.

Realiza-se visita domiciliar para montagem de genograma familiar e indico exames complementários (Dosagem de colesterol e Dosagem de triglicerídeos).



**4<sup>ta</sup> Consulta Médica:** Refere sentir-se bem, não tem cefaleia, tontura nem outra sintomatologia, expressa faz dieta e exercícios físicos recomendados além toma os medicamentos direitinhos.

**Triagem:** Peso: 61.5; PA: 110/80 mmHg. ; IMC: 23.2

**Resultados dos exames:** Dosagem de Colesterol Total: 190 mg/dl e Dosagem de Triglicerídeos: 141 mg/dl.

**Conduta**

- ✓ Continuar com a dieta saudável e a prática de exercícios físicos.
- ✓ Culminar uso da sinvastatina.
- ✓ Continuar com o tratamento indicado para a Hipertensão Arterial.
- ✓ Agendamento para consulta de 3 em 3 meses.

## **ATIVIDADE 3 DO PORTFÓLIO- PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

A Atenção Básica define-se como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Esta embasada nos princípios de universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, equidade, responsabilização, humanização e participação social (AMBROSINI MENDONÇA M.A; GEMMA M,2017).

Há um ano trabalho como médica em minha UBS, no início encontrei muitas dificuldades nos registros dos pacientes, famílias cadastradas, cumprimento dos principais programas, assim como o modo de atender a população, falta de medicamentos e demora na realização de exames, apesar de todas estas dificuldades me preocupava desde o início com o grande número de grávidas faltosas a consultas sem um acompanhamento adequado, assim como pacientes hipertensos , altas incidência de parasitoses intestinal, e a falta de uma atenção específica para estes pacientes percebendo que até esse momento desenvolhava-se poucas atividades de promoção, prevenção e educação em saúde, achei não estava em consonância com a definição antes mencionada.

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para gestantes ou o recém-nascido. (BRASIL, 2012)

No contexto da assistência integral á saúde da mulher , a assistência pré-natal deve ser organizada para atender ás reais necessidades da população de gestantes ,assegurando minimamente 6(seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal(BRASIL,2012).

Segundo os Protocolos de Atenção Básica à Saúde da Mulher, elaborado pelo Ministério da Saúde (2016): "Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante".

A gravidez é considerada um fenômeno natural e fisiológico da mulher, porém existe um pequeno número de mulheres que tem a possibilidade de desenvolver complicações neste período, caracterizando, então, a gestação de alto risco. Dentre as causas de gravidez de risco encontra-se a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), patologia exclusiva da mulher no período gestacional, uma das causas principais de óbito materno (MARTINS-COSTA ;RAMOS;STUCZYNSKI;BRIETZKE e BARROS,(2006).

Quanto a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) o Ministério da Saúde aponta é a doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5 % a 10 % das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. (BRASIL, 2013).

A descoberta da prevenção da pré-eclâmpsia melhoraria o acompanhamento pré-natal e salvaria muitas vidas maternas e fetais, principalmente em países desenvolvidos, onde as consequências da pré-eclâmpsia são devastadoras (PASCOAL 1998).

Diante do exposto, nota-se que o cuidado para prevenir a DHEG é tarefa importante da equipe. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) José Araújo são realizadas ações de promoção e prevenção. As ações multiprofissionais promovidas ocorrem de forma individual (consultório) e coletiva (palestras, rodas de conversas, grupos) sempre baseadas nas necessidades do paciente, família e a comunidade.

Os profissionais devem realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2012).

Nossa equipe iniciou um trabalho em conjunto, começamos a cuidar da saúde da população entendemos que é nosso dever, para isso intensificamos as ações de atenção a saúde conforme as necessidades, garantindo atenção integral por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, participamos do acolhimento aos usuários, realizamos a escuta qualificada; busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância; começamos a participar todos do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, não só os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como acontecia antigamente; tentamos fazer acompanhamento adequado do usuário quando são encaminhado a outro nível do sistema; identificamos parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações inter setoriais com a equipe, estimulando desta forma a participação popular e o controle social.

Quanto aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), além do tratamento medicamentoso de uso contínuo, o paciente é incentivado ao controle de peso, realização de atividades físicas e abordagem multidisciplinar, sendo estas três modalidades de tratamento não medicamentoso consideradas como grau A de evidências de acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010).

Nossa equipe conhecendo que acolher, escutar e incentivar são as principais ferramentas para a adesão, adotou várias estratégias, criamos grupos de grávidas, hipertensos, adolescentes, onde oferecemos palestras, rodas de conversas buscando promover a participação, o diálogo, a reflexão o entendimento sobre importância do pré-natal, dieta saudável (diminuindo quantidade de sal em seus alimentos, gorduras, açúcares, incorporando mais verduras e frutas em suas refeições), usar roupa folgada, calçados cômodos, dormir em decúbito lateral esquerdo, suspensão do fumo, álcool e drogas por suas consequências devastadoras para a saúde da mãe e seu filho, incentivamos a prática de exercícios físicos, recomendações da vacinação e sua importância, sobre Doenças Sexualmente Transmissível (DST) e suas medidas de prevenção.

As gestantes são acompanhadas periodicamente na ingestão de sulfato ferroso e ácido fólico, facilitado pelo Ministério da Saúde, com o esclarecimento sobre a importância dessa suplementação para a saúde da criança e da gestante.

Outra medida adotada na Unidade Básica de Saúde José Araújo é o controle da pressão arterial às grávidas segundo o MS, que recomendam a medida da PA em todas as consultas de pré-natal (grau de recomendação C)(BRASIL,2013).

Temos programados atendimentos fora da UBS, todas as quartas feiras, realizamos atendimento multiprofissional a equipe junto os integrantes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) nas comunidades mais distantes do posto de saúde que estão adscrito a nossa UBS, assim as grávidas e a população em geral são atendidas, propiciando o acesso a Atenção Básica da Saúde sendo um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Associado as orientações sobre educação, promoção da saúde e prevenção da Hipertensão durante a prática do pré-natal, também são incluídas informações sobre as Parasitoses Intestinais. Como observado na introdução, às condições de saneamento básico são precárias ainda, além disso, a população tem baixo nível sociocultural.

A incidência de protozooses e helmintíases intestinais continuam alto no Brasil. A maioria das parasitoses tem transmissão a partir de fezes humanas disseminadas no meio ambiente onde predominam condições precárias de higiene, habitação, alimentação e saneamento básico. O efeito das infecções parasitaria na nutrição materna pode comprometer o desenvolvimento fetal (BRASIL, 2013).

Ao se falar de promoção em saúde na UBS José Araújo as orientações são dirigidas fundamentalmente as mudanças de estilos de vida. Orientamos aos pacientes medidas profiláticas como higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo, explicando sua importância devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência das parasitoses.

Desta forma podemos concluir que a educação em saúde traz benefícios, propiciando uma melhor qualidade de vida das pessoas e evitando as doenças e agravos.

#### **ATIVIDADE 4 DO PORTFOLIO.VISITA DOMICILIAR.**

A atenção á saúde deve ser direcionada para a família, para o seu ambiente físico e social, para suas necessidades básicas, com atendimento primário de saúde integral, contínuo e de qualidade, As ações das equipes de saúde da família devem ser preventivas e de detecção de doenças e/ou agravos em estágios iniciais, com vista a promoção e recuperação do paciente, á reabilitação das doenças e agravos de maior ocorrências, com a manutenção a saúde dessa pessoa, família ou comunidade (BRASIL,1996).

Quando comecei meu trabalho na UBS José Araújo as visitas domiciliares não era uma rotina na agenda da equipe, as mesmas ocorriam de forma desorganizada e não se estabelecia um planejamento pela equipe para suas realizações.

Considerando que a maior parte da população da área de abrangência da unidade é rural e para este tipo de população o acesso a maioria das vezes é difícil pela distancia e por escassos meios de transporte, para eles a visita domiciliar é muito valorizada. Então convidei a equipe a realizar nosso planejamento com as informações oferecidas pelos ACS porque são eles os protagonistas desta atividade.

Depois de reunir-nos a equipe compreendeu que para essa população as visitas domiciliares são muito importantes, é dar-lhes maior acesso aos serviços de saúde, respeitando sempre suas crenças, costumes, e criando um ambiente favorável entre a equipe e a família tendo em conta que segundo o Ministério da Saúde, na atenção domiciliar a equipe deve respeitar o espaço da família, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis á recuperação da saúde. Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção á saúde por envolver a pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde – doença (BRASIL, 2012).

Nas reuniões da equipe que acontecem cada 15 dias são planejadas as visitas domiciliares, as mesmas são feitas as quintas feiras com a participação do médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e o ACS responsável pela micro área.

Para o MS (BRASIL, 2012), na atenção básica, várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe destacar as diferenças desses tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado.

Nossos atendimentos domiciliares são direcionados a usuários que necessitam de um contato frequente (acamados, com doenças crônicas-degenerativas, idosos, gestantes, puérperas, recém-nascidos, etc.) e ampliando nossa atuação visitamos até os que procuram a UBS pelo fato de que a quantidade de moradores que pertence a nossa UBS não é muito grande. Por exemplo, os pacientes hipertensos, diabéticos, acamados, suas famílias não precisam sempre da solicitação da visita nem da indicação pelo ACS pelo fato de que a equipe tem um planejamento de acompanhamento com eles.

Realizamos atendimento domiciliar a pessoas com doenças agudas que estejam impossibilitadas temporariamente de comparecer a nossa unidade, nestes casos geralmente um familiar entra em contato com a equipe e programamos a visita segundo seja a necessidade do paciente; com egresso hospitalar que exijam algum tipo de cuidados mais específicos sempre tendo em conta que os mesmos possam ser feitos no domicílio; as visitas por urgência não são frequentes, geralmente os pacientes que precisam são levados ao hospital municipal; também são feitas para a declaração de óbitos pertencentes a nossa área adstrita.

Utilizamos a visita domiciliar como estratégia de conhecer melhor nossa população, para cadastrar os pacientes da área, tarefa feita pelo ACS, para analisar situações relacionadas ao ambiente domiciliar, busca ativa de pacientes faltosos e/ou em situações de vulnerabilidades, etc.

Outra particularidade que agregamos a nossas visitas é a vigilância epidemiológica de doenças e agravos. Toda a equipe está envolvida, mediante difusão de informação a comunidade, relacionada a realizar mudanças nos estilos de vidas, no caso de pacientes com HAS levar dieta saudável, prática de exercícios

físicos, evitar as quedas fundamentalmente nos pacientes idosos, importância do aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade em lactantes, medidas encaminhadas a prevenção das parasitoses intestinal, da malária, dengue, etc.

Ao realizar nossas visitas, iniciamos pela abordagem clínico ao caso em questão. Depois abordamos a família, são prescritos os cuidados a realizar, fornecidas as orientações de acordo a especificidade do caso e de sua família, em casos necessários são deixadas receitas, indicação de exames que tem que realizar no hospital como os de rotina e se precisa de outros são feitos em laboratórios privados e geralmente depois algum familiar leva ao posto de saúde. Nas visitas realizamos aferição da pressão arterial, medida da glicemia capilar, administração se precisar de algum medicamento pela via oral ou parenteral, todas estas atividades são registradas no prontuário do paciente e alimentamos o sistema de informação.

Contamos com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em nosso município que apoia e complementa nossas ações, quando é solicitado também realizam visita em nossos usuários.

Desta forma nossa equipe a logrado adentrar-se aos domicílios de nossos pacientes e familiares como provedores de cuidado, compreendendo que nossa ação é proporcionar um cuidado individualizado e coletivo e sobre tudo muito humano, realizando nós os profissionais da UBS José Araújo um atendimento domiciliar, qualificado e sensível, com uma boa aceitação pela população.



## **ATIVIDADE 5 DO PORTFOLIO/REFLEXAO CONCLUSIVA**

Depois de tanto esforço e dificuldade em mais de um ano conseguimos chegar à etapa final do curso de Especialização em Saúde da Família. Desde o início do curso ficou claro a importância para nosso desempenho profissional tanto individual como coletivo, da especialização em nosso trabalho na atenção básica.

Do ponto de vista pedagógico, este método de aprendizagem foi totalmente novo, difícil e um desafio para mim. Pela primeira vez realizei um curso de capacitação profissional realizado à distância. Conteí com um professor pela internet que me orientou e sugeriu adaptações nos trabalhos. Os espaços dos fóruns permitiram compartilhar ideias, contar nossas rotinas de trabalhos, as diferentes doenças que enfrentamos diariamente e debater entre todos os possíveis diagnósticos e condutas terapêuticas em cada caso.

No eixo 1 foram abordados muitos temas que eram desconhecidos por mim (história das políticas públicas de saúde e SUS, planejamento e gestão, situação da saúde do Brasil e determinantes sociais, atenção primária da saúde, etc. ) que me permitiu adentrar-me mais na cultura , história e funcionamento do SUS brasileiro. No eixo 2 iniciamos os casos complexos, os mesmos eram a verdadeira realidade de meu dia a dia, ou seja, de nosso trabalho.

Em relação a experiência com a utilização do portfólio , considero fui uma ferramenta nova para mim, de elaboração constante e algumas vezes até trabalhosa ,a sua vez contribuiu a consolidação dos conhecimentos adquiridos no decorrer do curso de especialização. A criação deste instrumento permitiu acionar, refletir e corrigir alguns erros que cometia e melhorar cada dia mais a forma de atender a meus pacientes.

Muitas coisas foram mudadas em minha UBS com a chegada do curso de especialização. Adotei o SOAP nos prontuários (subjetivo, objetivo, avaliação e plano terapêutico) porque inicialmente os mesmos tinham poucas informações.

As consultas médicas começaram a ser agendadas, faz pouco tempo, mais já este modelo de atendimento está implantado, ou seja, por programas (saúde da mulher, saúde da criança, visita domiciliar, hiperdia, etc.), deixando sempre vagas para as urgências e emergências. As visitas domiciliares que anteriormente eram poucas e não planejadas pela equipe, existindo queixas constantes da população

agora começaram a formar parte do cotidiano de nosso trabalho e com o objetivo de oferecer a nossa população um atendimento contínuo e de qualidade.

Realizando palestras, conversas, atividades de grupo conseguiram diminuir os casos de parasitoses intestinais, principalmente em crianças. Assim como os pacientes com doenças crônicas fundamentalmente hipertensos e diabéticos começaram a receber um atendimento de qualidade, nestes momentos não só medir a PA e realizar entrega dos medicamentos, agora realizamos constantemente atividades com eles de promoção e prevenção, direcionadas a melhorar estilos de vida, a equipe implementou as caminhadas com eles propiciando benefícios a sua saúde.

Nossos atendimentos foram melhorando dia a dia, a equipe conseguiu reunir-se e planejar ações em aras do bem-estar da população fato que antigamente não acontecia e todas essas boas mudanças tem sido feitas depois de iniciar e adquirir os conhecimentos oferecidos pelo curso de especialização em saúde, motivo pelo qual quero agradecer por esta oportunidade tão maravilhosa oferecida pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Confesso que hoje me considero melhor preparada, com crescimento desde o ponto de vista pessoal, profissional, técnica e cientificamente. Foi uma grata experiência, impossível de esquecer porque incorporamos os conhecimentos adquiridos na Especialização a prática na UBS, a nossa rotina de trabalho e contribuimos efetivamente para melhorar a qualidade da atenção em saúde ofertada a nossa população, incrementando a qualidade de vida dela.

## REFERÊNCIAS

Ambrosini Mendonça M. V;Gemma M. Epidemiologia. 1.p.52,2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, 1996.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Gestação de Alto Risco. Manual técnico. 5<sup>ta</sup> ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, pag.11, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno da Atenção Domiciliar-Diretrizes para a atenção domiciliar na atenção básica. Vol.1.Brasilia,2012.

BRASIL. Ministério da Saude. Secretaria da atenção   saude. Departamento de atenção básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doenç a cr nica. Hipertensao Arterial Sist mica. Caderno de Atenção Básica n   37. Brasilia,DF,2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Brasília, pag.179, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto S rio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

MARTINS-COSTA, SH; RAMOS JGL;STUCZYNSKI,JV;BRIETZKE,E;BARROS E. Doenç a hipertensiva na gravidez. In: FREITAS, Fernando et al. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PASCOAL, IF. Pré-eclâmpsia: mecanismos fisiopatológicos e suas implicações terapêuticas. Medicina Online-Revista Virtual de Medicina. São Paulo, v.1,n.1,1998.

## ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UFCSPA

### **Projeto de Intervenção.**

Dra. Yudisel Tatiana Remón Pérez

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA FAMÍLIAS SOBRE PREVENÇÃO DAS  
PARASITÓSES INTESTINAL. COMUNIDADE IRACEMA, MÂNCIO LIMA, 2017.**

MÂNCIO LIMA - AC  
2017

## ÍNDICE GERAL DE CONTEÚDOS

|  |     |
|--|-----|
| INDICE GERAL DE CONTEUDO.....          | 22  |
| RESUMO.....                            | 23  |
| INTRODUÇÃO.....                        | 24  |
| CAPITULO 1. O PROBLEMA.....            | 27  |
| Planteamento do problema.....          | 27  |
| Justificativa.....                     | 28  |
| Objetivos.....                         | 30  |
| CAPITULO 2. REVISÃO DE LITERATURA..... | 31  |
| CAPITULO 3. METODOLOGIA.....           | 34  |
| CAPITULO 4. MARCO ADMINISTRATIVO.....  | 45. |
| Cronograma.....                        | 45  |
| Recursos Necessários.....              | 46  |
| RESULTADOS ESPERADOS.....              | 47  |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....        | 48  |
| ANEXOS.....                            | 50  |

## RESUMO

A prevalência da parasitose intestinal na infância é alta sendo a pedra angular para sua prevenção do conhecimento que se possuem sobre as medidas higiênicas – sanitárias.

O **objetivo** da investigação é: elaborar uma proposta de intervenção com vista a reduzir o índice de parasitose intestinal em crianças de 1-6 anos de idade.

**Metodologia:** Se realizará um estudo de intervenção, com um enfoque qualitativo e quantitativo, utilizando a modalidade de campo. O universo estará constituído por 141 famílias que tem crianças de 1- 6 anos, a estas se lhes aplicará una enquete; os dados serão processados no programa SPSS e ingressados em uma base de dados de Excel; a análises se realizará mediante o Chi quadrado de Pearson com um nível de significação de  $p < 0,05$ .

**Resultados esperados:** Com os resultados obtidos se propõem uma estratégia educativa, se espera chegar a cada família da população de estudo, e melhorar a problemática que está afetando.

**Palavras chaves:** parasitismo intestinal, prevenção, medidas sanitárias.

## INTRODUÇÃO

As parasitoses intestinais são doenças cujos agentes etiológicos são helmintos ou protozoários, os quais, em pelo menos uma das fases do ciclo evolutivo, localizam-se no aparelho digestivo do homem, podendo provocar diversas alterações patológicas (FERREIRA et al.,2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera as doenças parasitárias uma das principais causas de morbidade, intimamente ligada á pobreza e relacionada com inadequada higiene pessoal e dos alimentos, falta de serviços sanitários, falta de saneamento, falta de fornecimento de água potável e contaminação fecal do ambiente (ALEIXO, 2012).

As parasitoses intestinais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A prevalência e a incidência dessas doenças atingem níveis epidêmicos, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (SANTOS; MERLINI, 2010).

As doenças infecciosas e parasitárias continuam, segundo a Organização Mundial da Saúde , a figurar entre as principais causas de morte, sendo responsáveis por 2 a 3 milhões de óbitos por ano, em todo o mundo. Uma em cada dez pessoas sofre de infecção por uma ou mais parasitoses comuns que incluem: ascaridíase, ancilostomíase, malária, tricuriase, amebíase, filiriasas, esquistossomoses, giardíase, tripanossomíases e leishmaniose (REY, 2002).

A Organização Mundial de Saude calcula que existam, em todo o mundo, cerca de 1 bilhão de indivíduos infetados por *Ascaris lumbricoides*, sendo apenas pouco menor o contingente infetado por *Trichuria Trichuria* e pelos ancilostomídeos .Estima-se, também que 200 e 500 milhões de indivíduos ,respetivamente, alojem *Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica* (WHO,2006).

Para Andrade et al.(2010), a transmissão de vários parasitos é influenciada por determinantes relacionados ás condições de vida, como moradia e saneamento básico. A água e alimentos contaminados são veículos para os parasitos *Entamoeba histolytica*, *Giardia* intestinais, *Hymenolepis nana*, *Taenia solium*, *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichura* e *Enterobius vermicularis*, enquanto que o solo constitui veiculo para transmissão de *Necator americanus*, *Ancylostoma duodenale* e *Strongyloides stercoralis*, por meio de suas larvas.



O ramo platelminto inclui as classes Trematoda (*Schistosoma mansoni*- agente da esquistossomose mansônica e Cestoda (*Taenia solium* e *Taenia saginata* –agentes da teníase).O ramo Nematelminto inclui a classe Nematoda (*Ascaris lumbricoides*- agente da ascaridíase ;*Strongiloides stercoralis* –agente da estrogiloidíase ; *Ancylostoma duodenale* e *Necatur americanus* –agente da ancilostomíase;*Enterobius vermiculares* –agente da enterobíase ou oxiuríase ;*Trichuris trichura* –agente da tricuriíase ou tricocefalíase; *Wuchereria bancrofti*-agente da filariose) (NEVES,2003).

As parasitoses intestinais representam um problema de saúde pública no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, visto que acometem um grande número de pessoas, porém, necessitando maior atenção quando afeta as crianças, principalmente com carência alimentar. As enteroparasitoses podem causar a desnutrição, do mesmo modo que a desnutrição pode facilitar a ocorrência de infecções por enteroparasitas (NESTLÉ, 1996; BRITO et al., 2003).

As parasitoses intestinais podem acometer indivíduos de todas as idades, é maior a vulnerabilidade de crianças em idade pré-escolar e escolar. Segundo World Health Organization (2006), estima-se que aproximadamente 3,5 bilhões de pessoas no mundo estão infectadas por alguma espécie de parasita intestinal, sendo que destas, cerca de 450 milhões estão doentes, a maioria crianças residentes nas áreas tropicais de países em desenvolvimento.

Essa maior vulnerabilidade se deve em parte à imaturidade do sistema imunológico, aos comportamentos típicos dessa idade em relação aos preceitos básicos de higiene e ao contato íntimo e constante com o solo contaminado. Segundo World Health Organization (2006) as taxas de infecção parasitária em crianças podem representar um importante indicativo das condições higiênicas e sanitárias da comunidade em que vivem, os altos índices de morbidade fazem com que as parasitoses intestinais constituam um dos principais motivos de demanda por atendimento médico na infância.

Segundo Pedrazzani et al (1988), as enteroparasitoses, isoladamente, não apresentam alta letalidade. Sobre certas circunstâncias, essas infecções podem comprometer a qualidade de vida na infância, associadas a quadros de diarreia crônica e desnutrição. Vale destacar que nos países em desenvolvimento, onde a desnutrição é um dos grandes problemas de saúde da população, as infecções por

parasitas intestinais tornam-se um fator agravante dos quadros de diarreia e mal nutrição na infância, especialmente em idades precoces, podendo determinar déficit no crescimento linear e ponderal impedindo o desenvolvimento cognitivo do indivíduo.

A biodiversidade de enteroparasitoses em escolares é um indicador da falta de informação da população sobre os hábitos e condições propicia para a transmissão destes parasitas (AMENDEIRA et al,2002).

Em pesquisa realizada sobre fatores associados a parasitoses intestinais em crianças e adolescentes, Belo et al.(2012) destacam que as ações de educação em saúde e medidas de saúde pública devem ser mais eficientes ,principalmente direcionadas a populações mais suscetíveis. Essas medidas não são uteis a penas para se reduzir " a prevalência e a incidência de infecções por parasitoses intestinais, mas também para melhorar a qualidade de vida das pessoas e do sistema público de saúde como um todo e para aumentar a dignidade dos indivíduos".

Lima et al. (2013) enfatizam que no Brasil, "os problemas envolvendo as enteroparasitoses tomam uma grande proporção , especialmente devido às condições socioeconômicas, á falta de saneamento básico, educação sanitária e hábitos culturais ".

# CAPITULO. 1

## O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

### 1.1 Planteamento do problema:

#### 1.1.1 Contextualização

No século XXI, as parasitoses intestinais ainda constituem um grave problema de saúde pública nos países da América, onde o Brasil também apresenta esta situação sendo a pobreza, a marginalização e condições insalubres elementos fundamentais para a propagação da mesma.

No Acre e especialmente em uma de suas regiões, Mâncio Lima também constituem um problema de saúde que afeta a população de abrangência da UBS onde atuo devido fundamentalmente, aos maus hábitos higiênicos sanitários da população, tratamento inadequado da água de consumo e ao insuficiente nível de informação sobre as doenças parasitárias. Observamos altos índices de positividade nos exames parasitológicos de fezes das crianças o qual foi motivo de inspiração para elaborar uma proposta de intervenção com vistas a reduzir o índice de parasitose em crianças de 1-6 anos de idade pertencentes à UBS José Araújo na comunidade Iracema.

#### 1.1.2 Formulação do problema

Que influência tem uma intervenção educativa para melhorar o conhecimento sobre a parasitose intestinal?

#### 1.1.3 Perguntas diretrizes

- Que caracterização epidemiológica possui a comunidade Iracema, no município de Mâncio Lima onde habitam as famílias da investigação?.
- Que conhecimentos têm as famílias sobre o parasitismo intestinal?
- Que conhecimentos possuem as famílias sobre as medidas higiênicas sanitárias individuais, coletivas e ambientais?.
- Quais são as medidas de prevenção higiênico- sanitárias mais conhecidas pelas famílias?

- Como influi o médico da Atenção Primária de Saúde no nível do conhecimento sobre parasitoses intestinal?
- Que efeito terá uma intervenção educativa sobre o parasitismo intestinal nas famílias do estudo?

## **1.2 Delimitação do problema de investigação**

**De conteúdo:**

**Campo:** Medicina Familiar Comunitaria

**Área:** Parasitología.

**Aspecto:** Conhecimentos das famílias com crianças de 1 – 6 anos sobre parasitoses intestinal.

**Segundo:**

**Tempo:** A investigação se realizará no ano 2018.

**Lugar:** Na UBS José Araújo.

**Pessoas:** Famílias onde existam crianças com idades compreendidos entre os 1 – 6 anos.

**Linha de investigação:** Epidemiologia e Saúde Pública.

## **1.3 Justificativa**

### **1.3 JUSTIFICATIVA**

Esta investigação é conveniente e pertinente realizá-la para resolver um problema de saúde identificado e que pode ser modificado desde o Primeiro Nível de Atenção, terá relevância social e implicações práticas, porque se beneficiarão as famílias, se desenhará uma estratégia educativa, se levarão a cabo uma série de ações de saúde.

Tem valor teórico porque pode surgir ideias e recomendações para estudos futuros em comunidades rurais, com características culturais e sociais similares a do estudo. Baseado no anteriormente planteado e por não existir antecedentes de estudos sobre o tema na comunidade, é que se decidiu realizar esta investigação.

## 1.4. OBJETIVOS

### **Geral:**

Elaborar uma proposta de intervenção com vista a reduzir o índice de parasitose intestinal em crianças de 1-6 anos de idade, da Unidade Básica de Saúde José Araújo, comunidade Iracema, município Mâncio Lima, Acre.

### **Específicos:**

1. Identificar o nível de conhecimento nas famílias das crianças de 1-6 anos de idade, relacionado a hábitos higiênicos – sanitários para a prevenção da parasitose intestinal.
2. Aplicar o plano de intervenção educativo nas famílias das crianças de 1-6 anos de idade.
3. Determinar o efeito do programa de intervenção educativa sobre a prevenção da parasitose intestinal.

## **CAPITULO 2**

### **REVISÃO DA LITERATURA**

O termo parasitoses significa a presença de qualquer ser vivo (o parasita) que se instale no interior do outro (o hospedeiro), acarretando prejuízos à saúde deste último. Podem ocorrer com vírus, bactérias e fungos, mas a parasitologia estuda basicamente as doenças humanas causadas por protozoários e helmintos (FAUCE, 2009).

Os parasitas intestinais estão entre os patógenos mais frequentes encontrados em seres humanos. Dentre os helmintos, os mais frequentes são os nematelmintos *Ascaris lumbricoides* e *Trichuris trichura*, além dos ancilostomídeos *Necator americanus* e *Ancylostoma duodenal*. Dentre os protozoários, destacam-se *Entamoeba histolytica* e *Giardia duodenalis*. (FERREIRA et al. 2000).

Esses agentes etiológicos podem apresentar ciclos evolutivos que contam com períodos de parasitose humana, períodos de vida livre no ambiente e períodos de parasitose em outros animais. A infecção humana é mais comum em crianças por meio da via fecal-oral, sendo águas e alimentos contaminados os principais veículos de transmissão. (TOSCANI, 2007).

O *Áscaris Lumbricoides* é o verme cilíndrico maior que se encontra no ser humano, se ingere os ovos maduros ao consumir vegetais crus, frutas contaminadas ou água, ou bem se joga com objetos sujos ou com terra. (Martínez Valverde – Sierra Salina – Blasco Alonso) (2012) (p 1339).

A ausência ou insuficiência de condições mínimas de saneamento básico e inadequadas práticas de higiene pessoal e doméstica são principais mecanismos de transmissão das parasitas intestinais. Aproximadamente, um terço da população urbana dos países subdesenvolvidos vive em condições apresentem baixas taxas de mortalidade, as parasitoses intestinais ainda continuam representando um significativo problema de saúde pública. (PRADO et al, 2000).

## **Prevenção e controle**

Como afirma Valdez – Gómez (2006) o controle e a prevenção são inseparáveis do agente causal. A prevenção significa profilaxia, ou seja que os integrantes de uma comunidade não sejam expostos ao risco de contrair a doença.

Para controlar estas doenças é necessário mudar o comportamento da população em risco e suas famílias, com vista a reduzir a poluição ambiental e reinfecção da população. Há muitas medidas de educação em saúde relacionadas com hábitos de higiene que contribuem para esses objetivos, tais como:

- Lavar corretamente frutas e vegetais que serão consumidos com água potável e deixá-los de hipoclorito de sódio em imerso (1 colher de sopa de hipoclorito em 1 litro de água filtrada) por meia hora.
- O tratamento adequado de água potável (água fervente 3-5 minutos, arrefecer, e em seguida, aplicar 2 gotas a 2,5% de hipoclorito e esperar 30 minutos para consumir).
- Lavar as mãos corretamente antes de comer qualquer alimento e após usar o banheiro ou ter contato com o solo.
- Cozimento adequada de carnes para consumir.
- Educar o público sobre o parasitismo intestinal e seus modos de transmissão.
- Tratamento correto aos doentes e a todos os membros da família, se necessário, estão evitando fontes de infecção.
- Conservação de alimentos corretos, protegendo-os contra poeira, insetos e outros animais que podem ser vetores mecânicos para estes parasitas.
- O uso de calçados.
- Mantenha as unhas aparadas e limpas para evitar acúmulo de material contaminado, e nunca colocá-los em sua boca.
- Não entrar na água suspeita de contaminação.
- Evite coçar região anal nua e traga as mãos à boca.



- Uso das instalações sanitárias adequadas, o tratamento adequado dos resíduos, a fim de prevenir a infecção da superfície.
- Inspeção sanitária da carne impedindo o uso de carne contaminada.
- Evitar regar as verduras com água de rios e córregos que recebem aterros de resíduos ou de outras fontes contaminadas.
- Impedir acesso de porco / gado `a fezes humanas ou água contaminada com material fecal e comida.

Em 1989, o Ministério da Saúde do Brasil editou manuais lavar as mãos, a fim de padronizar esta técnica em unidades de saúde do Brasil, fornecendo aos profissionais de saúde procedimentos técnicos correto de lavar as mãos. A importância desta prática continua sendo reconhecido pelo Ministério da Saúde, quando não foi elaborada Portaria 2616/98 de 12 de Maio de 1998 e as recomendações para a higiene das mãos.

A lavagem das mãos é certamente a rotina mais simples e importante na prevenção e controle da disseminação de parasitismo.

Silva (2007) define a infecção como uma invasão de microorganismos capazes de se multiplicar e desenvolver uma condição patológica na parte superior do corpo.

A técnica de lavagem das mãos corretas orientadas remover anéis, pulseiras e relógio, abrir a torneira e molhar as mãos. Recoloque cerca de 3 a 5 ml de sabão esfregando-os por cerca de 15 segundos. Friccionar palma, dorso das mãos movimentos circulares, espaços interdigitais, articulações, pontas do polegar e dedos. Os antebraços devem ser lavados cuidadosamente, também de 15 segundos. Enxaguar as mãos, removendo completamente o resíduo de sabão, feche a torneira e devidamente seque.

## **CAPITULO 3**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1 Enfoque**

A presente investigação terá um enfoque qualitativo e quantitativo, se aplicarão enquete e se utilizarão métodos estatísticos para a obtenção dos resultados.

#### **3.2 Modalidade básica de investigação**

Utilizar-se-á modalidade de campo para obter a informação das famílias da comunidade que participarão do estudo.

#### **3.3 Tipo de investigação**

De intervenção.

#### **3.4 População e amostra**

-Universo de famílias com crianças de 1-6 anos de idade: 141.

Não se realizou cálculo na amostra.

#### **CrITÉRIOS de inclusão**

-Se incluirão a todas as famílias com crianças de 1-6 anos de idade que aceitem participar na investigação.

#### **CrITÉRIOS de exclusão**

-Famílias que durante o tempo da investigação realizem troquem de domicílio ou tenham limitações mentais que impeçam recolher corretamente a informação.

#### **CrITÉRIOS éticos**

-Com a finalidade de preservar o anonimato das famílias que serão respondentes, se atribuirá a cada enquete um código alfanumérico.

Ter-se-á em conta os critérios éticos e princípios bioéticos (autonomia-Consentimento Informado, beneficência, não maleficência, e justiça) que deve ter toda investigação científica, se preservarão a confidencialidade e os dados obtidos só serão utilizados com fins investigativos.

### 3.5 Operacionalização das variáveis

**Tabela 1: Variáveis independentes**

| VARIAVEL | DIMENSAO                  | TIPO DE VARIÁVEL    | DEFINIÇÃO   | INDICADOR   | TÉCNICA E INSTRUMENTO    |
|----------|---------------------------|---------------------|---|---|--------------------------|
| Social   | Superlotação              | Qualitativa Nominal | Relação entre o número de pessoas na casa e o espaço o número de quartos disponível.                    | Índice de superlotação:<br>$\frac{\text{Nro de habitações na casa}}{\text{Nro de habitações}}$ <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Família com superlotação</li> <li>b) Família sem superlotação</li> </ul> | Enquete/<br>questionário |
|          | Condições do piso da casa | Qualitativa Nominal | Conjunto de circunstâncias que determinam a superfície inferior horizontal de um espaço arquitectónico. | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Madeira</li> <li>b) Terra</li> <li>c) Lajota</li> </ul>   |                          |

|                |  |                     |  |   |                      |
|----------------|--|---------------------|--|---|----------------------|
|                | Ingresso económico                         | Qualitativa Ordinal | Quantidade de salário que ingressa na casa no momento do estudo. | <p>a) Miseráveis (até 1 salário mínimo 936)</p> <p>b) Baixa (de 1 a 2 salários mínimos 768-1492)</p> <p>c) Média baixa (de 3 a 6 salários mínimos de 2215 a 5159)</p> <p>d) Média (de 7 a 19 salários mínimos de 5160 a 12880)</p> <p>e) Média alta (de 20 a 29 salários mínimos de 13604 a 20140).</p> <p>f) Alta (30 ou mais salários mínimos a partir 21764)</p> |                      |
| Epidemiológica | Animais Intradomiciliar.                   | Nominal dicotómica  | Animais que vivem com o ser humano e estão domesticados.         | <p>a) Sim</p> <p>b) Não</p>   | Enquete/questionário |
|                | Fonte de abastecimento de água de consumo. | Qualitativa Nominal | Fonte para abastecer de água em quantidade                       | a)Aqueduto b)Pozo c)Rio   |                      |

|  |                       |                     |  |  |  |
|--|-----------------------|---------------------|--|--|--|
|  |                       |                     | suficiente para a população  |  |  |
|  | Potabilidade da água. | Nominal dicotómica  | Qualidade que há de ter a água para que possa ser consumida pelo homem sem perigo para sua saúde | a) Potavel. b) Não potavel. c) Desconhecida.   | Revisão documental/ficha de cadastro familiar. |
|  | Resíduos sólidos.     | Qualitativa Nominal | Materiais descartáveis traz sua vida útil e geralmente por sem só carece de valor económico.     | a) Queima.<br>b) Enterra.<br>c) Recoleta para a recolhida periódica.<br>d) Lixão no patio da casa. |  |

|                       |                        |   |   |
|-----------------------|------------------------|---|---|
| Residuais<br>líquidos | Qualitativa<br>Nominal | Água de<br>abastecimento<br>cuja qualidade<br>se há<br>degradado por<br>diferentes<br>usos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Esgoto.</li> <li>b) Latrina sanitaria</li> <li>c) Esgoto a céu aberto..</li> <li>d) Fecalismo ao ar livre.</li> </ul> |
|-----------------------|------------------------|---|---|

**Tabela 2: Variavel Dependiente**

| <b>VARIAVEL</b>          | <b>DIMENSAO</b>   | <b>TIPO DE VARIAVEL</b> | <b>DEFINIÇÃO</b>  | <b>INDICADOR</b>             | <b>TÉCNICA E INSTRUMENTO</b> |
|--------------------------|---|-------------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| Conhecimento - prevenção | I) Higiene pessoal<br>II) Higiene dos alimentos.<br>III) Controle ambiental | Qualitativa<br>Nominal  | Medida ou disposição que se toma de maneira antecipada para evitar uma doença ocasionada por diversos parásitos que podem infectar ao ser humano. | a) Conhece<br>b) Não conhece | Enquete/<br>questionário     |

**Tabela 3: Variavel interveniente**

| <b>VARIAVE<br/>L</b>         | <b>DIMENS</b> | <b>TIPO DE<br/>VARIave<br/>I</b> | <b>DEFINIÇÃO</b>   | <b>INDICADOR</b>  | <b>TÉCNICA E<br/>INSTRUME<br/>NTO</b> |
|------------------------------|---------------|----------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| Intervençã<br>o<br>educativa | Efeito        | Qualitativ<br>a Ordinal          | Um programa específico ou una serie de pasos para ajudar a um individuo, familia e comunidade a melhorar en uma área de necessidade. | a) Favorável<br>b) Moderadamente favorável<br>c) Desfavorável | Enquete/<br>questionário              |



### **3.6 Plano de recollecção de informação**

A investigação se desenvolverão em três partes:

- I) Diagnóstico.
- II) Intervenção educativa.
- III) Avaliação (efeito)

Obter-se-ão a informação através de fontes primárias revisão documental (ficha cadastro familiar), enquete (aplicada antes e depois da implementação do programa educativo), observação e como fonte secundarias: entrevista não estruturada.

Inicialmente se tomará o Consentimento Informado (anexo 1) de algum dos pais ou responsável da tutoria da criança, se brindará informação dos objetivos, propósitos e benefícios da investigação , se procederá ao preenchimento da enquete inicial, este questionário está conformado por 25 perguntas , a qual se realizará nas visitas domiciliares, se abordarão as características epidemiológicas das famílias, assim como interrogantes sobre o conhecimento acerca da prevenção da parasitose intestinal, se utilizará perguntas abertas, fechadas e mistas, se realizarão entrevistas não estruturadas para ampliar a informação necessária para a investigação.

Depois da primeira etapa (diagnóstico), se implementará uma intervenção educativa segundo as necessidades identificadas, o programa educativo estará estruturado com : introdução, fundamentação, objetivos enfocados a solucionar o problema, diagnóstico que aborda a situação real do mesmo, blocos temáticos e cada um deles com subtemas e se plantearão ações educativas apoiadas nos protocolos de Brasil e na bibliografia atualizada.

Este programa será aplicado em tempo parcial para não afetar a atividade assistencial.

Se avaliará o efeito depois de implementado o programa educativo com indicadores próprios da intervenção durante o processo, cumprimento e resultados, se aplicará um questionário pós-intervenção para valorizar o efeito sobre o conhecimento.

Utilizar-se-ão três categorias para a avaliação do efeito:

- a) Favorável ( Acima de 80 %)
- b) Medianamente favorável ( Entre 50 %-70%)
- c) Desfavorável ( Menos do 50 %)

### **Técnicas e instrumentos**

As técnicas que se utilizarão será a enquete mediante a aplicação inicial de um questionário (para diagnosticar se existe ou não conhecimento) e pós intervenção educativa ( para determinar o efeito em relação ao conhecimento) assim como se utilizará a observação.

### **Desenho do instrumento**

Se desenhou a enquete e para a elaboração dos itens do questionário se revisarão instrumentos similares disponível na literatura médica através de uma busca em bases de dados internacionais com os descritores: parasitoses intestinal ,prevenção de parasitoses intestinal, medidas higiênica- sanitárias, selecionando-se para sua elaboração os termos adequados segundo o contexto cultural e sanitário , se obtiveram em conte as dimensões mais importantes encontradas.

### **Plano de procesamento da informação**

Procedera-se a auditar a qualidade e integralidade dos dados, serão levados a uma folha de calculo de Excel, se utilizará o programa SPSS versão 20 onde se processarão.

Se utilizarão técnicas de estatísticas para o resumo das variáveis qualitativas e para as quantitativas ( porcentagem e desviação estándar )

## **Análises da informação estatística**

A análise dos resultados estatísticos se realizará de acordo aos objetivos planteados e a interpretação dos resultados apoiados na revisão bibliográfica.

As variáveis qualitativas se analisarão em valores absolutos e relativos, para provar a hipótese se realizará a análise estatístico com o Chi quadrado de Pearson, tomando como nível de significância  $p < 0,05$  e a utilização do MacNemar para comparar o efeito do antes e depois da estratégia educativa.

## **Apresentação dos resultados**

Os resultados obtidos se mostrarão em tabelas e gráficos estatísticos apropriados a cada tipo de variável e categoria em análise.

O informa final se escreverá no processador de textos de Microsoft Word e a apresentação para a exposição e defesa em diapositivas de Microsoft PowerPoint.

## CAPITULO 4. MARCO ADMINISTRATIVO

### 4.1 Cronograma

| <b>Atividades</b>                         | <b>Data de inicio</b> | <b>Data de final</b> | <b>Duração</b>  |
|---|-----------------------|----------------------|-----------------|
| Recolecção da informação bibliográfica    | Fevereiro/2017        | Abril/2017           | 3 meses         |
| Planificação do estudo                    | Março/2017            | Abril/2017           | 1 mês           |
| Apresentação do projeto                   | Julho/2017            | Agosto/2017          | 1 mês           |
| Recolecção de dados                       | Julho/2017            | Setembro/2017        | 3 meses         |
| Análises estatísticas dos dados           | Setembro/2017         | Outubro/2017         | 1 mês           |
| Redação do informe final                  | Novembro/2017         | Dezembro/2017        | 2 meses         |
| Apresentação do informe final             | Dezembro/2017         | Janeiro/2018         | 1 mês           |
| Duração total do trabalho de investigação |                       |                      | <b>12 meses</b> |

Fonte: Dra. Yudisel T. Remón Pérez

## 4.2. Recursos necessários

- **Recursos humanos**

Equipe de saúde e famílias de crianças de 1-6 anos de idade pertencentes UBS José Araújo da comunidade Iracema do município Mâncio Lima, estado do Acre.

- **Recursos materiais**

Mobiliário: Domicilio do pacientes.

| No. | Nome                              | Quantidade (unidades) | Custo    | Órgão pagador                                |
|-----|-----------------------------------|-----------------------|----------|--|
| 1   | Computador                        | 1                     | Gratuito | Disponibilizado pela UBS José Araújo         |
| 2   | Impressora                        | 1                     | Gratuito | Disponibilizada pela UBS José Araújo         |
| 3   | Cartucho de tinta para impressora | 2                     | 130.00   | Secretaria Municipal de Saúde de Mâncio Lima |
| 4   | Folhas                            | 500                   | 24.00    | Secretaria Municipal de saúde-Mâncio Lima    |
| 5   | Canetas                           | 10                    | 10.00    | Secretaria Municipal de saúde-Mâncio Lima.   |
| 6   | Alimentação                       | 25                    | 250.00   | Secretaria Municipal de saúde – Mâncio Lima  |
| 7   | Transporte                        |                       | 200.00   | Secretaria Municipal de saúde-Mâncio Lima    |
| 8   | Fichas de cadastro Familiar       | 141                   | Gratuito | Disponibilizado pela UBS José Araújo.        |

## 5. RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados que se alcançarão terá uma repercussão social, pois se poderá atuar sobre uma problemática existente e serão tomadas ações objetivas para modificá-las, este estudo poderá servir como fundamento para futuras investigações com um contexto sociocultural similar , com o desenvolvimento do mesmo espera-se:

- Identificar a situação sócio sanitária das famílias da Comunidade Iracema, Mâncio Lima.
- Ter um diagnóstico do conhecimento que possuem as famílias sobre a prevenção do parasitismo intestinal.
- Ao atuar diretamente através de uma intervenção educativa nas famílias espera-se elevar o conhecimento e melhorar as condições higiênicas que influam na prevenção e controle da parasitose intestinal em crianças de 1 a 6 anos de idade.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALEIXO, N.C.R. Pelas lentes da Climatologia e da Saúde Pública: doenças hídricas e respiratórias na cidade de Ribeirão Preto. Tese (doutorado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de ciências e Tecnologia. Presidente Prudente. 2012.

AMENDOEIRA, M.R.R. et al. Estudos das enteroparasitose em escolares da Rede Publica de Cascadura –Rio de Janeiro. Revista Souza Marques. v.1,2002.

ANDRADE, Elizabeth Campos de et al.. Parasitoses intestinais uma revisão sobre os seus aspectos sociais ,epidemiológicos ,clínicos e terapêuticos .Rev. APS, Juiz de Fora,v.13,n.2, abr./jun.2010.

BELO, Vinícius Silva et al.. Fatores associados á ocorrência de parasitoses intestinais em uma população de crianças e adolescentes. Rev. Paul Pediatr, v.30, n.2,2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lavar as mãos: Informações para profissionais de saúde. Brasília, 1989.

BRITO, L.L. et al. Fatores de riscos de anemias por deficiência de ferro em crianças e adolescentes parasitados por helmintos intestinais. Rev. Panam Salud |Publica |Pam Am J Public. Health ,14(6),422-431,2003.

FAUCE, A.,S. Harrison Medicina Interna.17.Ed.Sao Paulo,2009.

FERREIRA, J.R. et al. Diagnostico e prevenção de parasitoses no reassentamento São Francisco, em Cascavel-Paraná. Revista Brasileira de Analises Clinica ,2004.

FERREIRA, M. U; FERREIRA, C. S; MONTEIRO, C.A. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996).Rev. Saúde Pública. V. 34, 2000.

HERNANDEZ,C.,M.(2012).Nuevo tratado de Pediatría. España p. 1339.Cap. 15.31.(2012).

LIMA, Dayse da Silva et al. Parasitoses intestinais infantil no nordeste brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saude Facipe, v.1, n.2, 2013.

NESTLE NUTRICIONAL SERVICE, 44. Resumo de 44<sup>o</sup> Seminário de Nestle Nutrition :Riscos para as crianças na cadeia alimentar. Nestle Nutrition Service, 1996.

NEVES, D. P. Parasitologia Humana 10 ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

PRADO, M. S. et al. Prevalência e intensidade da infecção por parasitas intestinais em crianças na cidade escolar na Cidade de Salvador (Bahia, Brasil)Rev. Soc. Bras. Med. Trop. V. 34, n. 1, 2000.

PEDRAZZANI, E. S. et. al. Helmintoses intestinais. II – Prevalência e correlação com renda tamanho da família, anemia e estado nutricional. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 1988.

REY, L. As Bases da Parasitologia Médica 2<sup>a</sup> edição, editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2002.

SANTOS, S. A: MERLINI, L.S. Prevalência de enteroparasitoses na população do município de Maria Helena, Paraná. Ciênc. saude coletiva. v.15,n.3,2010.

SILVA, C.R.L. Compacto dicionário ilustrado de saúde. Ed. São Caetano do Sul, SP, 2007.

TOSCANI, N. V. et al. Desenvolvimento e análise de jogo educativo para crianças visando á prevenção de doenças parasitológicas .Interface. v.11, 2007.

VALDES, M., S.; GOMEZ, V., A; (2006). Temas de Pediatria. Cuba. Ed. Ciências Medicas. Sistema Digestivo. P.186. Cap. 13

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Control of Tropical Diseases; intestinal Parasite Control, Geographical Distribution. (WHO) 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).Prevention and control of intestinal parasitic infections report of a WHO Committee.Geneve,1987.(technical report serie)2006.



## 7. ANEXOS

### **ANEXO I: CONSENTIMENTO INFORMADO.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL.

PROGRAMA MAIS MEDICOS.

Nome do investigador(a): Dra. Yudisel Tatiana Remón Pérez.

O presente documento é dirigido às famílias das crianças de 1-6 anos de idade da UBS José Araújo do município de Mâncio Lima, estado Acre, Brasil.

Se lhes convida a participar na investigação titulada: Intervenção educativa para famílias sobre prevenção das parasitoses intestinal. Comunidade Iracema. Mâncio Lima. Brasil. 2017, nesta pretende-se avaliar o efeito que pode-se alcançar com a realização de um programa educativo para elevar o nível de conhecimento relacionado a hábitos higiênicos – sanitários para a prevenção das parasitoses intestinal e desta forma melhorar a qualidade de vida nas crianças de 1- 6 anos.

Sua participação nesta investigação é totalmente voluntária, o senhor (a) pode decidir participar ou não fazê-lo, qualquer que seja sua decisão, continuará se beneficiando com todos os serviços médicos oferecidos pela instituição e os que oferece a investigadora.

#### **Consentimento informado**

Eu lí a informação proporcionada e foi lido, e tive a oportunidade de perguntar sobre ela.

Consinto voluntariamente participar nesta investigação

Nome do Participante \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## ANEXO II: ENQUETE

Esta enquete se realizará com a intenção de investigar sobre o conhecimento que possuem as famílias da Comunidade Iracema, Mâncio Lima, sobre a prevenção da parasitose intestinal em crianças de 1 – 6 anos, deve ser respondida voluntária e anonimamente e lhe garantimos sua estrita confidencialidade.

Característica sócia sanitária da família.

1. a) Número de pessoas que moram na casa: \_\_\_\_ b) Número de quartos:  
\_\_\_\_\_

2. Condições do piso da casa

a) Madeira: \_\_\_\_\_

b) Terra: \_\_\_\_\_

c) Lajota: \_\_\_\_\_

3. Ingresso econômico na família (é a somatória de todos os salários) \_\_\_\_\_

4. Animais Intradomiciliário

a) Sim: \_\_\_\_\_ b) Não: \_\_\_\_\_

5. Fonte de abastecimento de água:

a) Aqueduto: \_\_\_\_\_

b) Poço: \_\_\_\_\_

c) Rio: \_\_\_\_\_

6. Potabilidade da

água

a) Potável: \_\_\_\_\_

b) Não potável: \_\_\_\_\_

c) Desconhece: \_\_\_\_\_

7. Residuais sólidos:

a) Queima: \_\_\_\_\_

b) Enterra: \_\_\_\_\_

c) Recoleta para a recolhida periódica: \_\_\_\_\_

d) Lixão no pátio da casa: \_\_\_\_\_

8. Residuais Líquidos:

a) Esgoto: \_\_\_\_\_

b) Latrina Sanitaria: \_\_\_\_\_

c) Esgoto a céu aberto: \_\_\_\_\_

d) Fecalismo ao ar livre: \_\_\_\_\_

9. Crê você que a parasitose intestinal pode-se evitar?

a) Sim: \_\_\_\_ b) Não: \_\_\_\_

10. Em sua opinião quais são as vias para adoecer com a parasitose intestinal?

a) Boca: \_\_\_\_ b) Pelos pés: \_\_\_\_\_ c) Nariz: \_\_\_\_ d) Ânus: \_\_\_\_ e) Pele: \_\_\_\_

11. Relacionado aos hábitos higiênicos – sanitários, selecione com uma cruz (X) as respostas corretas para evitar a parasitose intestinal.

a) Não é necessário lavar-se as mãos antes de ingerir alimentos. \_\_\_\_

b) Andar descalço na terra tem riscos de contrair parasitose intestinal. \_\_\_\_

d) Se deve realizar sempre lavado das mãos depois de ir ao banheiro. \_\_\_\_

e) Não se deve defecar ao ar livre. \_\_\_\_

f) Deve-se manter as unhas cortadas e limpas e não levar as mãos à boca. \_\_\_\_

12. Qual das opções que a continuação aparecem você considera correta:

a) O lavado das mãos não é necessário realizá-la com sabão-----.

b) Lavar-se as mãos com abundante água somente -----.

c) Lavar-se as mãos com abundante água e sabão-----.

13. Crê você que é importante manter a casa, pisos e ao redores limpos e secos?

a) Sim----- Não-----

14. Considera você que pode ser útil o hipoclorito ao 2.5% para o tratamento da água de consumo em sua casa depois de fervida?

a) Sim----- Não-----

15. Das opções seguintes: Qual considera você a resposta correta.

a) A Água de beber deve ser tomada diretamente da torneira porque é mais pura.

\_\_\_\_

b) Deve ser somente filtrada. \_\_\_\_

c) Primeiramente deve ser fervida, esperar que refresque e posteriormente aplicar hipoclorito e esperar 30 minutos para consumi-la. \_\_\_\_

d) Deve ferver 1 minuto e imediatamente aplicar hipoclorito. \_\_\_\_

16. Relacionado a higiene dos alimentos, das afirmações seguintes, selecione verdadeiro (V) ou falso (F) segundo corresponda.

- a) \_\_\_ Os alimentos não são necessários conservá-los a baixas temperaturas.
- b) \_\_\_ Não se deve lavar as frutas e as verduras antes de ingerir porque perdem as propriedades.
- c) \_\_\_ Os alimentos devem ser cozinhados adequadamente.
- d) \_\_\_ Não se devem consumir alimentos elaborados sem não se conhece sua origem seguro.

17. Considera você que o controle higiênico ambiental pode influir na parasitose intestinal?

- a) Sim: \_\_\_\_\_
- b) Não: \_\_\_\_\_

18. Crê você que o vetor mecânico (moscas, baratas) é capaz de transmitir e disseminar a parasitose intestinal?

- a) Sim----- Não-----

19. Para o controle ambiental é necessário tomar uma série de medidas, selecione com uma cruz (X) a resposta correta.

- a) Os dejetos devem de acumular-se em um lixão no pátio para que depois sejam recolhidos por o carro recoletor. \_\_\_\_\_
- b) Jogar lixo nos rios, córregos, sarjetas próximos a casa. \_\_\_\_\_
- c) Recolher em sacos para depois depositar no carro recoletor-----.

20. Das seguintes afirmações selecione com uma cruz(X) a resposta correta:

- a) As latrinas podem ser colocadas perto a fonte de água (poço) -----.
- b) A defecação nos ao rededores das casas não é prejudicial para a saúde.-----
- c) O fecalismo ao ar livre é um dos principais mecanismos para a disseminação de alguns parasitas. -----