

## **ESTRUTURA DO PORTFÓLIO**

### ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE - UFCSPA**

**Trabalho de conclusão de Curso**

**Marcelle dos Santos Silva**

Belém  
2017

**MARCELLE DOS SANTOS SILVA**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do curso de especialização em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Ivone Menegolla.

Belém  
2017

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

FIGURA 1- Genograma familiar do caso D.Maria.....	1
---	---

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	5
<b>2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO</b> .....	7
2.1 CASO CLÍNICO.....	9
2.2 PLANO TERAPÊUTICO INDIVIDUALIZADO.....	11
<b>3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO</b> .....	13
<b>4 VISITAS DOMICILIARES</b> .....	16
<b>5 REFLEXÃO CONCLUSIVA</b> .....	18
REFERÊNCIAS.....	19
ANEXO 1-PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	20

## 1 INTRODUÇÃO

Médica generalista, formada em janeiro de 2016, pela Universidade Federal do Pará. Atuando pelo Programa de valorização da atenção básica no município de Cametá, nordeste paraense, em estratégia de saúde da família da Matinha. A população estimada no município de Cametá, no ano de 2016, segundo o IBGE foi de 132.515 habitantes.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada a porta de entrada do acesso à saúde no Brasil, e atua no sentido de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A ESF em que atuo, é localizada na sede do município. A população atendida é urbana, com baixo nível socioeconômico e a economia da população é formada basicamente pelo comércio e mercado informal. A área adscrita da ESF está em torno de 7312 pacientes.

A equipe é formada por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número predefinido de famílias, com localização geográfica delimitada, e atuando em conjunto com a comunidade através de ações que visem à prevenção, promoção da saúde, além de acompanhamento de doenças e agravos mais frequentes na comunidade.

A unidade foi reformada no ano de 2013, apresentando em sua estrutura uma área comum para acolhimento dos pacientes, sala para triagem, consultório médico, odontológico, de enfermagem, sala para vacina e sala de curativo. A ESF presta serviços médicos, de enfermagem, odontológicos, vacinação, curativos e palestras educativas para a população.

Entre as principais dificuldades encontradas para acompanhamento dos pacientes estão: a dificuldade em realizar exames laboratoriais e acesso a serviços especializados.

A área possui uma escola municipal de ensino infantil e fundamental, um centro comunitário, uma rádio comunitária, não possui creches. O acesso direto à

saúde se dá principalmente através da unidade básica presente na região, tendo suporte de dois hospitais de grande porte, financiados pelo estado.

As doenças mais prevalentes na região são as doenças crônicas, principalmente a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, o que está diretamente relacionado ao padrão irregular alimentar, como ingestão excessiva de sal, uso abusivo de bebidas alcoólicas. Outro ponto importante para destacar é a falta de saneamento básico na região o que propicia um número elevado de doenças parasitárias, principalmente verminoses e uma grande prevalência de casos de doença de chagas.

Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo demonstrar o papel da educação em saúde, na prevenção, controle e tratamento de doenças não transmissíveis, como a hipertensão arterial, em Estratégia de Saúde da Família na cidade de Cametá-Pa.

## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Entre as situações mais prevalentes na ESF da Matinha, nos deparamos com os pacientes hipertensos e diabéticos, que se encontram entre as doenças crônicas mais comuns na região.

Segundo dados da Organização Mundial da saúde (2006), as doenças cardiovasculares foram causas importantes de óbito no mundo no período de 2000 a 2012. No Brasil, apesar da redução da mortalidade por essas doenças, esse grupo ainda representou a principal causa de óbito no país em 2011(Andrade et al, 2013).

Estima-se que cerca de um terço dos hipertensos nunca apresentaram um diagnóstico clínico feito por um profissional de saúde, e muitas vezes tomam ciência da doença apenas após sofrerem algum evento clínico grave decorrente de seu descontrole por vários anos, tais como infarto agudo do miocárdio ou acidentes vasculares encefálicos, são os mais evidentes deles. Além disso, grandes partes das pessoas que conhecem seu diagnóstico de HAS apresentam baixa aderência ao tratamento ou é tratada com terapêutica incorreta (Zattar et al, 2013).

A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos de grande monta, principalmente devido suas complicações, como acidente vascular encefálico, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva. Devido a esses altos índices de morbidade e mortalidade e dos custos hospitalares a adesão do paciente ao tratamento adequado é de extrema importância (BEZERRA; LOPES; DE BARROS, 2014).

Segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), são fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial: idade, sexo/gênero e etnia, fatores socioeconômicos, ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, genética e sedentarismo. Além desses, outros autores acrescentam ainda o tabagismo e a não adesão ao tratamento.

De acordo com o Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para a atenção primária em saúde (2009), todos pacientes a partir de 18 anos devem ter sua pressão arterial (PA) verificada, e se obter a média de duas medidas no mesmo dia,



estando-se atento para a medida da circunferência braquial e o tamanho do manguito. Se leitura normal, o paciente é considerado normotenso e deverá medir a pressão arterial novamente em até dois anos. Deverá ser avaliado quanto há existência de fatores de risco, receber orientação sobre mudança de estilo de vida e realizar nova leitura em até um ano. Caso haja presença de fator de risco, a confirmação deverá ser realizada em até uma semana. Se leituras anteriores maiores que 140/90 mm Hg o seguimento deverá ser conforme o algoritmo para pacientes hipertensos.

As pessoas hipertensas e a comunidade em geral devem ser informadas e educadas quanto a esses fatores; é necessário que todos saibam como os fatores de risco podem desencadear o aumento da pressão para que possam optar conscientemente por uma vida mais saudável. (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

O controle dessa doença, que é um problema de saúde pública depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas são indicadas indiscriminadamente aos hipertensos. Entre as principais medidas a serem adotadas estão à redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco (Oliveira et al, 2013).

Devido seu forte vínculo com a comunidade, as equipes de saúde da família possuem grande importância, no que diz respeito à adesão de pacientes ao tratamento de patologias como a hipertensão, pois estimulam o bom relacionamento usuário/profissional e favorecem a responsabilização do tratamento. Dessa forma, as ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida.

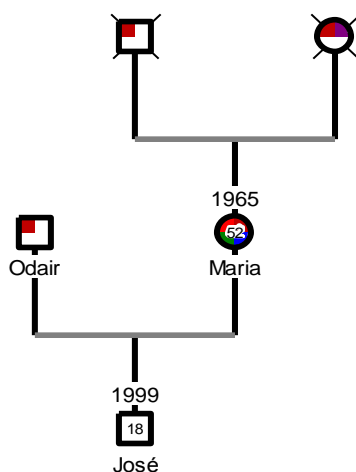
## 2.1 CASO CLÍNICO

Dona Maria é uma senhora de meia idade (52 anos), casada há 20 anos com seu Odair. Tem um filho de 18 anos chamado José (Figura 1). É moradora da área adscrita da ESF da matinha há 10 anos e não realizava consulta na ESF há alguns anos. Era feirante há 15 anos juntamente com o marido, porém, há cinco anos teve que abandonar a feira devido a problemas de saúde.

A família de Dona Maria tem histórico de hipertensão arterial, seus pais já falecidos apresentavam a doença. Sua mãe também era diabética, do tipo 2. Seu marido, seu Odair também é hipertenso. Além de apresentar fatores de risco familiar, dona Maria apresenta peso elevado, é sedentária, não realiza uma alimentação adequada. Todos esses fatores de risco favorece o aparecimento desse quadro em dona Maria, como pode ser observado no Genograma abaixo.

Ela relata que, de repente, apresentou quadro de urticária, que iniciava de forma pontual e se propagava para o resto do corpo. Procurou atendimento particular em alergologista na capital do estado, sendo descoberta várias alergias que acabaram por afastá-la do trabalho, por piorar o seu quadro.

Figura 1: Genograma familiar do caso D. Maria



Fonte: Genopro

A partir deste diagnóstico, dona Maria parou de trabalhar e passou a ficar em casa, onde não podia praticar atividades domésticas, devido constantes quadros

alérgicos. Afastada do trabalho, ela começou a apresentar um quadro depressivo. Após seis meses, já havia aumentado 20 quilos, e após visita da agente comunitária de saúde, Meire, foi convencida a procurar o atendimento na ESF.

Após a realização de exame físico completo, foram verificadas as seguintes alterações: Pressão arterial= 150 x 90 mm Hg (2 medidas), IMC=36 (Peso:100 kg, altura: 1,65), circunferência abdominal de 105.

Na anamnese, Maria relatou quadro de tontura e astenia há um mês. Referiu ainda que ao deambular alguns metros, apresentava-se dispneica. Foi verificado humor depressivo. Referia não poder praticar nenhuma atividade, devido seu quadro de saúde. Funções de eliminação estavam normais, porém o sono estava prejudicado, apresentava episódios frequentes de insônia.

Como antecedentes pessoais: múltiplas alergias, não havia cirurgias anteriores, negava hipertensão arterial, diabetes mellitus ou outras doenças.

Apresentava antecedentes familiares: pai com hipertensão arterial, mãe diabética. Negava outras doenças.

Ao exame: bom estado geral, consciente, orientada, hipocorada (+, 3+), acianótica, afebril ao toque, depressiva.

Ausculta cardíaca: Sem alterações.

Ausculta Pulmonar: Sem alterações.

Abdome: Globoso, tenso, indolor à palpação, exame dificultado pela obesidade.

Membros inferiores: edema bilateral (+,3+), sem demais alterações.

Após a análise do caso, foram solicitados alguns exames laboratoriais para avaliar a real situação da paciente, além de ser solicitado um encaminhamento ao psicólogo.

Após o retorno com exames, foram verificados os seguintes resultados: triglicérides: 310; colesterol total: 300; glicemia de jejum: 114; urina EAS: sem alterações. Dona Maria relata que, os sintomas se mantiveram, porém refere ainda

sintomas depressivos, como choro fácil, sensação de impotência, dependência em relação ao marido para praticar atividades diárias. Refere ainda queixas, como insônia e pensamento de morte.

Na segunda consulta, após uma semana, Dona Maria já com os resultados e mais uma medida de Pressão arterial elevada: 140 x 90 mm Hg (2 medidas), foi dada a dona Maria o diagnóstico de hipertensão arterial, havendo a necessidade de se introduzir anti-hipertensivo (losartana 50 mg, um comprimido pela manhã), assim como anti-lipêmico (sinvastatina 20 mg, um comprimido ao dia) e acordar com a paciente, as metas de ambas as partes.

Dona Maria foi esclarecida a respeito de seu diagnóstico de Hipertensão arterial e esclarecida da necessidade de realizar um acompanhamento regular a cada três meses, além da importância de tomar a medicação diária e realizar mudanças de hábito de vida, que incluam dieta e prática de atividade física.

Em acordo entre os membros da equipe, a ACS Meire ficou responsável por incentivar Dona Maria e informar a respeito dos primeiros resultados. Sabendo que a paciente mostrava-se dependente em relação a atividades diárias, a equipe prontificou-se a entrar em contato com o NASF e conseguiu um agendamento para Dona Maria em uma semana, assim como a consulta com o nutricionista em um posto especializado no centro da cidade.

## 2.2 PLANO TERAPÊUTICO INDIVIDUALIZADO

	Dona Maria	Equipe de saúde
Problemas	Hipertensão arterial Glicemia elevada Obesidade Humor depressivo Quadro alérgico	Os obstáculos que a paciente impõe a atingir as metas (baixo nível sócio-econômico).
Metas	Manter a pressão arterial em níveis aceitáveis; Diminuir os níveis	Criar vínculo com a paciente, no intuito de incentivá-la a atingir suas metas.

	<p>glicêmicos;</p> <p>Realizar reeducação alimentar orientada por nutricionista;</p> <p>Realizar tratamento para alergias.</p> <p>Realizar acompanhamento psicológico (NASF)</p>	<p>Buscar informações através da equipe principalmente da ACS da evolução do caso de dona Maria.</p>
Papéis	<p>Tentar na medida do possível, seguir as orientações médicas e juntos, elaborarem o melhor plano terapêutico.</p>	<p>Orientar as melhores medidas medicamentosas e não medicamentosas para a solução dos problemas de Dona Maria.</p>

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

Nas unidades básicas de saúde são de extrema importância atividades relacionadas à prevenção, educação e promoção em saúde. A puericultura é uma das atividades de maior relevância no nosso serviço.

Apesar de ser uma especialidade basicamente da Pediatria, a puericultura é praticada na Estratégia de saúde da Família e tem por objetivo acolher a todas as crianças, no sentido de dar a elas assistência integral, realizando a vigilância do crescimento e desenvolvimento, além de monitorar os fatores de risco ao nascer e evolutivos; estimulando hábitos saudáveis, como o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementado com alimentação da família, até os dois anos de vida; garantindo a aplicação das vacinas do esquema básico de imunização e, garantindo assim um atendimento de qualidade (Manual de acompanhamento da criança, 2015).

O termo “puericultura” etimologicamente quer dizer: puer = criança e cultur/cultura = criação, cuidados dispensados a alguém. Os seus fundamentos se sustentam em dois pilares: a prevenção e a educação em saúde. Esses dois fundamentos sempre estarão interligados, portanto a puericultura é fundamentalmente pediatria preventiva. Outro enfoque importante da puericultura é a abordagem das doenças do adulto com raízes na infância e, portanto, preveníveis desde a infância. Um dos exemplos dessa abordagem é o baixo peso ao nascer como fator de risco para doenças circulatórias, diabetes e obesidade. Outro exemplo, porém positivo, é o aleitamento materno, que, entre tantas qualidades, é fator de proteção contra hipertensão arterial (Una-sus, 2017).

Levando-se em consideração à puericultura, que abrange uma ampla faixa etária de usuários (0 a 13 anos de idade), que pode ser muito susceptível à diversas doenças, podemos citar como medidas de prevenção de doenças: o teste do pezinho.

O teste do pezinho ou triagem neonatal é a realização de exames no período neonatal, prioritariamente no período do terceiro ao sétimo dia de vida, para que haja o diagnóstico precoce de doenças que podem gerar graves e irreversíveis

consequências ao neonato (físicos e mentais) (BOTLER, 2010). Entre as principais doenças diagnosticadas nesse teste podemos citar a anemia falciforme, fenilcetonúria, fibrose cística, hipotireoidismo congênito, hiperplasia adrenal congênita, entre muitas outras. O grau de recomendação da triagem neonatal é o A (Ministério da Saúde, 2010).

Devido ao seu papel imprescindível para o crescimento e desenvolvimento saudável infantil, o teste do pezinho deve ser amplamente divulgado para as gestantes, principalmente nas consultas médicas e de enfermagem no período do pré-natal. Além disso, deve ser divulgada nos grupos de mães e futuras mamães para que atinja o maior número de ouvintes.

Nas unidades básicas de saúde, um importante personagem responsável pela sua divulgação à comunidade é o agente comunitário de saúde, já que ele apresenta contato direto com toda a comunidade e deve realizar a busca ativa dos recém-nascidos que ainda não realizaram a triagem neonatal.

Ainda durante o período pré-natal, já deve ser realizada a orientação às mães para que ainda na primeira semana de vida essas mães venham à unidade básica de saúde realizar a coleta do exame dos seus filhos. A coleta é agendada pela equipe de saúde e realizada na própria unidade preferencialmente por enfermeiros capacitados para essa função. Em até quinze dias após a coleta, a equipe entra em contato com a família para a entrega dos resultados, onde é realizada a entrega e uma breve explicação sobre os resultados.

Se algum resultado estiver alterado, a equipe, na entrega do resultado explica a importância do tratamento precoce para evitar graves consequências, como o retardo mental e demonstra à família o fluxograma que deve ser seguido para o início do tratamento.

Dados do portal da saúde demonstram que no ano de 2016 houve 85,79% de cobertura do SUS para o teste, com mais de 2,5 milhões de recém-nascidos triados. Entretanto, as equipes técnicas das Unidades Básicas de Saúde devem estar atentas para a realização do exame no período determinado, caso ainda não tenha sido realizado nas maternidades ou hospitais por qualquer motivo.

A promoção da saúde vem no sentido de diagnosticar precocemente doenças que, se tratadas o mais rápido possível, podem evitar graves distúrbios mentais, eletrolíticos e conseqüentemente o óbito precoce.



#### 4 VISITAS DOMICILIARES

Dando enfoque aos princípios do SUS, é responsabilidade das equipes de atenção básica atenderem os cidadãos conforme suas necessidades em saúde. Levando em consideração esses fatores que são produzidos socialmente, muitas vezes se traduzem como uma dificuldade que algumas pessoas possuem em acessar os serviços de saúde, como barreiras geográficas, longas distâncias, pela forma como são organizados, seja pelo seu estado de saúde, que, muitas vezes, os impedem de se deslocarem até tais serviços, o que acaba por determinar que a assistência seja realizada em nível domiciliar (Brasil, 2012).

Dessa forma, a visita domiciliar no âmbito da atenção básica é de grande importância na vida da comunidade local. Entre os principais beneficiados com essa prática na atenção básica, encontramos principalmente a população com doenças crônicas, idosos, pacientes acamados, com dificuldade de locomoção, entre outros. Ela se organiza de acordo com os riscos de, cada um usuário, avaliando-se as características individuais, as doenças pré-existentes, condição sócio econômica.

As visitas são agendadas de acordo com a avaliação feita na primeira visita domiciliar, que geralmente é solicitada pelo cuidador ao agente comunitário de saúde da sua área. As visitas são realizadas uma vez por semana, sendo cada semana com um agente comunitário de saúde que elege juntamente com toda a equipe os casos que merecem atenção mais urgente. A primeira visita geralmente é a mais demorada, onde é realizado um breve estudo do prontuário de cada caso e do ambiente em que o usuário é inserido, sendo assim de extrema importância a participação do cuidador.

Esse breve conhecimento do histórico do paciente, o ambiente em que vive e o vínculo deste com a sua equipe de saúde é de grande importância no acompanhamento das doenças crônicas e influencia de forma positiva na manutenção do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

As visitas são realizadas geralmente pela manhã cedo em acompanhamento com o agente comunitário de saúde que orienta o endereço

do paciente e realiza o primeiro contato com a família. A família é avisada antecipadamente para que todos os envolvidos estejam presentes (usuário e cuidador).

O paciente estando em seu domicílio se torna mais fácil a comunicação, pois ele consegue referir melhor os sinais que está apresentando e dessa forma podemos realizar um acompanhamento de forma integral.

As visitas domiciliares apresentam um papel imprescindível na atenção básica, no sentido de realizar um acompanhamento intensivo de pacientes que, de alguma forma, não conseguem se deslocar até a sua unidade básica de saúde ou não realizam um tratamento regular, como por exemplo, pacientes hipertensos e diabéticos que não tomam a medicação diariamente. Esse acompanhamento domiciliar é uma forma de mostrar a esses usuários a importância do tratamento quando estão longe da unidade de saúde e melhorar de uma forma considerável o prognóstico desses usuários, melhorando a expectativa de vida dessa população.

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Através da realização desse projeto, podemos verificar a aplicação de temas de grande relevância na atenção básica. Entre eles, fundamentos do SUS, fatores históricos que influenciaram na sua formação, aspectos epidemiológicos, principais patologias atendidas nas unidades de saúde, entre outros.

Este trabalho foi importante no sentido de aprofundar o nosso conhecimento a respeito do SUS e o seu funcionamento, visto que permitiu levar ao aluno diferentes aspectos da sua história, formação, formas de funcionamento e os principais programas por ele desenvolvidos.

Dessa forma o curso de especialização e a utilização da ferramenta do web portfólio foi de excelente ajuda pois nos permitiu conhecer melhor o programa no qual estamos inseridos, nos permitindo aperfeiçoar, desenvolver o nosso conhecimento e aplicá-lo na prática clínica com os nossos usuários.

## 6 REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, Silvânia Suely de Araújo et al. **Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília, 2015.
2. BEZERRA, Amanda Silva de Macêdo; LOPES, Juliana de Lima; DE BARROS, Alba Lúcia Bottura Leite. **Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso.** Revista Brasileira de enfermagem, 2014.
3. BOTLER, Judy. **Avaliação de desempenho do programa de triagem neonatal do estado do Rio de Janeiro.** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.
4. FERREIRA, Sandra Rejane Soares et al. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde.** Rio Grande do Sul , 2009.
5. MACHADO, Mariana Carvalho; PIRES, Cláudia Geovana da Silva; LOBÃO, William Mendes. **Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença.** Ciência e Saúde Coletiva, 2012.
6. OLIVEIRA, Tathiane Lopes et al. **Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial.** Acta Paul Enferm, 2013;
7. ZATTAR, Luciana Carmen et al. **Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013.
8. BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica.** Ministério da Saúde. Brasília, 2006.
9. BRASIL. **Manual de Acompanhamento da criança.** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2015.
10. BRASIL. **Caderno de atenção domiciliar.** Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

## **ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS

Marcelle dos Santos Silva

O PAPEL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO  
DE PARASITÓSES INTESTINAIS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JANUA COELI  
NO MUNICÍPIO DE CAMETÁ-PARÁ, NO ANO DE 2016.

BELÉM

2016

Marcelle dos Santos Silva

O PAPEL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO  
DE PARASITÓSES INTESTINAIS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JANUA COELI  
NO MUNICÍPIO DE CAMETÁ-PARÁ, NO ANO DE 2016.

Belém

2016

## **Resumo**

Este projeto de intervenção é uma proposta de estudo em determinado grupo de usuários diagnosticados com algum tipo de parasitose intestinal, cadastrados na Unidade de Saúde de Janua Coeli, Cametá-Pa, no ano de 2016. Nesse modelo de estudo, pretendemos verificar o papel da educação em saúde, através de palestras na melhoria na situação de saúde da população, com o objetivo de diagnosticar, realizar acompanhamento, realizar palestras a respeito da prevenção de parasitoses intestinais, além do tratamento desses casos. Será utilizado como método de avaliação, o exame parasitológico após 3 meses do início das atividades.

Palavras-chave: Palestras, parasitose intestinal, exame parasitológico .

## **Abstract**

This intervention project is a study proposal in a group of users diagnosed with some type of intestinal parasitosis, enrolled in the Health Unit of Janua Coeli, Cametá-Pa, in the year 2016. This study, we intend to verify the role of health education, through lectures on the improvement of the health situation of the population, with the purpose of diagnosing, monitoring, conducting lectures on the prevention of intestinal parasitoses, besides the treatment of these cases. The parasitological examination will be used as evaluation method after 3 months of the beginning of the activities.

Key words: Speech, intestinal parasitosis, parasitological.



## Sumário

<b>1. Introdução.....</b>	<b>6</b>
<b>2. Justificativa.....</b>	<b>7</b>
<b>3. Objetivos.....</b>	<b>7</b>
3.1. Objetivo Geral.....	7
3.2. Objetivos específicos.....	7
<b>4. Referencial teórico.....</b>	<b>8</b>
<b>5. Metodologia.....</b>	<b>11</b>
<b>6. Cronograma.....</b>	<b>12</b>
<b>7. Recursos necessários.....</b>	<b>13</b>
<b>8. Resultados esperados.....</b>	<b>14</b>
<b>9. Referências bibliográficas .....</b>	<b>15</b>

## 1. Introdução

As parasitoses intestinais seguem, ainda hoje, sendo consideradas um grave problema de Saúde Pública no Brasil, particularmente, nos Estados mais pobres e nas periferias dos grandes centros urbanos (BELO, 2011).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), um bilhão e 450 milhões de indivíduos estão afetados por *Ascaris lumbricoides*, um bilhão e 300 milhões por ancilostomídeos e um bilhão e 50 milhões por *Trichuris trichiura*. Estimativas anteriores calculavam em torno de 200 milhões o número de pessoas parasitadas por *Giardia lamblia*. (OMS, 2002 apud ANDRADE, 2011).

A maioria das parasitoses intestinais é bem tolerada pelo hospedeiro imunocompetente, cursando de forma assintomática ou com sintomas gastrointestinais inespecíficos (dor abdominal, vômitos e diarreia), frequentemente associados a perda de peso. Contudo, há aspectos particulares de alguns parasitas que podem orientar o diagnóstico etiológico e que devem ser considerados (FERNANDES, 2012).

A prevalência de infecções por parasitos intestinais é um dos melhores indicadores do status socioeconômico de uma população e pode estar associada a diversos determinantes, como instalações sanitárias inadequadas, poluição fecal da água e de alimentos consumidos, fatores socioculturais, contato com animais, ausência de saneamento básico, além da idade do hospedeiro e do tipo de parasito infectante (BELO, 2011).

Dessa forma, a educação em saúde da população atrelada às políticas públicas pode ser um dos caminhos para se conseguir a prevenção das parasitoses intestinais, por meio de mudança de comportamento das pessoas, principalmente estilos de vida (SANTIESTEBAN, 2015).

## **2. Justificativa**

Na área coberta pela unidade básica de saúde em questão, estima-se que mais de 50 % da população atendida apresentem algum tipo de parasitose intestinal, conforme dados coletados na própria Unidade.

A educação em saúde dessa população, através de palestras educativas seria uma forma de prevenir e reduzir as taxas de incidência e prevalência de parasitoses nessa população, assim como suas graves consequências.

## **3. Objetivos:**

### **3.1. Objetivo geral:**

Realizar acompanhamento de usuários com parasitose intestinal, com objetivo de diminuir a prevalência de parasitoses intestinais nos pacientes cadastrados na unidade de saúde de Janua Coeli, no município de Cametá-Pará.

### **3.2. Objetivos específicos:**

Realizar consultas coletivas e palestras a respeito da prevenção de parasitoses intestinais.

Identificar e acompanhar pacientes com parasitoses intestinais na unidade de saúde de Janua Coeli, no município de Cametá-Pa.

Tratar os casos diagnosticados, na tentativa de reduzir os casos de parasitoses intestinais em pacientes cadastrados na Unidade de saúde de Janua Coeli no município de Cametá-Pará.

#### 4. Referencial teórico

Segundo Alves (2005) A teoria da transição demográfica postula que os países em geral apresentam quatro estágios na sua dinâmica populacional, partindo de padrões caracterizados por alta mortalidade e alta fecundidade, para um último estágio com baixos níveis desses indicadores. Assim, as sociedades menos desenvolvidas estariam no primeiro estágio, apresentando, do ponto de vista epidemiológico, as doenças infecto-parasitárias como principal causa de morbimortalidade.

Estima-se que infecções intestinais causadas por helmintos e protozoários afetam cerca de 3,5 bilhões de pessoas, causando enfermidades em aproximadamente 450 milhões ao redor do mundo, a maior parte destas em crianças. Desnutrição, anemia, diminuição no crescimento, retardo cognitivo, irritabilidade, aumento de suscetibilidade a outras infecções e complicações agudas são algumas das morbidades decorrentes. A prevalência de infecções por parasitosintestinais é um dos melhores indicadores do status socioeconômico de uma população e pode estar associada a diversos determinantes, como instalações sanitárias inadequadas, poluição fecal da água e de alimentos consumidos, fatores socioculturais, contato com animais, ausência de saneamento básico, além da idade do hospedeiro e do tipo de parasito infectante (BELO, 2012).

Segundo Angeluci (2013 apud BARBOSA, 2015) na maioria das vezes ocorre uma espécie, de equilíbrio de forças entre o parasita e o hospedeiro, porém em determinadas circunstâncias a prevalência das forças de agressão do parasita tem como resultado a formação de patologias e sintomas, podendo levar o hospedeiro à morbidade e como consequência ao óbito. Entre esses graves danos à saúde de seus portadores, pode-se citar anorexia, fadiga, distensão abdominal (*Giardia lamblia*), hipoproteinemia (*Ancylostoma duodenale*), obstrução intestinal (*Ascaris lumbricoides*), abscesso no fígado, nos pulmões ou cérebro e quadro de diarreia (*Entamoeba histolytica*), quando não diagnosticados a tempo, podem levar o paciente a óbito.

Os parasitas mais comumente encontrados nas crianças pré- escolares e escolares, em nosso meio, compreendem *Giardia lamblia* (giardíase), *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* (helminthíases) e *Ancylostomas duodenalis*. Menos prevalentes são as parasitoses causadas por *Strongyloides stercoralis* (helminthíase). Também foi encontrado menos frequentemente *Enterobius vermicularis* (enterobiase, sinonímia oxiuríase) (MANFROI, 2009).

A giardíase é uma infecção intestinal causada por um protozoário flutuante limitado ao intestino delgado e ao trato biliar. Este parasita apresenta-se sob as formas de trofozoítose e cistos, que são as formas infectantes e de resistência do parasita (OLIVEIRA, 2013).

A transmissão é oral - anal e nesta situação tem como população de risco, as pessoas com baixo nível socioeconômico, com más condições de higiene, crianças pequenas e adultas que não tomam precauções higiênicas nas relações sexuais, principalmente em sexo anal. A maioria das epidemias comunitárias se dá por contaminação de reservatório de água. A contaminação direta se faz por transferência dos cistos através de mãos sujas de fezes para a boca e indiretamente pela ingestão de alimentos ou água contaminados. Animais contaminados como cães, gatos e gado (OLIVEIRA, 2013).

Já a ascaridíase é uma verminose causada por um parasita chamado *Ascaris lumbricoides*. A contaminação ocorre quando há ingestão dos ovos infectados do parasita, que podem ser encontrados no solo, água ou alimentos contaminados por fezes humanas ou animais. O único reservatório é o homem (OLIVEIRA, 2013).

A maioria das infecções é assintomática. A larva é liberada do ovo no intestino delgado, penetra a mucosa e por via venosa alcança o fígado e pulmão de onde alcançam a árvore brônquica. Junto com as secreções respiratórias são deglutidas e atingem o intestino onde crescem chegando ao tamanho adulto. A ascaridíase pode causar dor de barriga, diarreia, náusea, falta de apetite ou nenhum sintoma. A larva pode contaminar as vias respiratórias, fazendo o indivíduo apresentar tosse, catarro com sangue ou crise de asma. Se uma larva obstruir o colédoco pode haver icterícia obstrutiva (OLIVEIRA, 2013).

A parasitose causada por *Trichiura trichurus*, é uma helmintíase. Seu ciclo se dá após a ingestão de ovos com larvas. Esses ovos embrionados liberam as larvas no intestino delgado e depois as larvas migram para o ceco. Durante esse trajeto a larva sofre metamorfoses até se tornar adulto.

O verme pode viver no organismo humano por 5 a 8 anos. Como os ovos são muito resistentes no meio ambiente, podem ser disseminados pelo vento, água e contaminar alimentos (BARBOSA, 2015).

Os indivíduos afetados podem manter-se assintomáticos, desenvolver um quadro disentérico (dor abdominal, tenesmo, diarreia muco sanguinolenta) ou colite crônica, frequentemente com tenesmo e prolapso retal. Pode manifestar-se por anemia (FERNANDES, 2011).

Segundo Marzagão (2010), as diversas regiões do Brasil apresentam elevadas taxas de prevalência e incidência de parasitoses intestinais, confirmando a escassez de estudos e campanhas de atenção a saúde destinada ao combate e erradicação dessas doenças. Desta forma, projetos que visam o levantamento epidemiológico de doenças parasitárias são importantes, pois refletem os fatores de risco que favorecem a transmissão dos parasitos, facilitando a erradicação e o combate das doenças parasitárias pelo órgão de saúde competente.

A educação em saúde é uma forma de alertar a população aos riscos de se adquirir as parasitoses intestinais. É importante nesse aspecto frisar que as desparasitações sistemáticas não evitam as re-infestações. As únicas medidas preventivas que devem ser adotadas são as direcionadas para interromper o ciclo epidemiológico. Para isso, é fundamental o controle das águas com saneamento básico, controle do solo com técnicas de rega e fertilização adequadas e controle dos animais tendo em atenção o consumo de carne e peixe e a existência de animais domésticos. A nível individual, a lavagem das mãos, a preparação adequada dos alimentos como lavagem de frutas e vegetais e evitar carne e peixe mal cozinhados, bem como o consumo de água filtrada e clorada são a melhor forma de proteção (FERNANDES, 2011).

## **5. Metodologia:**

Trata-se de um estudo clínico, intervencional, onde buscaremos identificar os pacientes com diagnóstico de parasitoses intestinais atendidos em unidade básica de saúde no município de Cametá-Pa, no ano de 2016, com o intuito de tratar, prevenir e evitar a recidiva do quadro.

Utilizando-se a busca ativa desses pacientes, através da análise de prontuários de consultas médicas e de enfermagem, os pacientes serão divididos em 3 grupos: pacientes sem parasitose intestinal, pacientes com diagnóstico recente de parasitose intestinal e pacientes que apresentaram o quadro mais de uma vez.

Cada área de vigilância deverá avaliar os prontuários de seus pacientes e comunicarem a eles a respeito das palestras educativas que ocorrerão uma vez por mês na Unidade básica de saúde, além de informa-los a respeito da realização de exame parasitológico após três meses do início da atividade.

Será realizada uma palestra mensal com a população, com duração de aproximadamente 1 hora, com intuito de demonstrar as formas de transmissão da enfermidade, além das formas de prevenção, os principais sintomas causados e suas consequências, além da distribuição de hipoclorito para a população.

Ao final das atividades será realizado um novo levantamento a respeito das taxas de infecção em cada grupo proposto.

## 6. Cronograma:

Procedimento	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Busca de prontuários, separando por área de vigilância.	X					
Apresentação do Projeto e Entrega das listas com dados dos pacientes para as equipes das áreas de vigilância em reunião de equipe.		X				
Planejamento/Organização da atividade por cada uma das áreas de Vigilância.		X				
Palestras educativas		X	X	X		
Avaliação colprocitológica					X	
Avaliação do projeto pela Equipe						X



## **7. Recursos necessários:**

- Sala para realização das palestras;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Equipamento de multimídia;
- Caneta;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Profissionais Médicos, Enfermeiro, Tec./Aux. Enfermagem, Agentes Comunitários de saúde;
- Listas com pacientes distribuídos conforme grupos;
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.

## **8. Resultados esperados:**

Atender um grupo específico de pacientes com o intuito de tratá-los de forma adequada e prevenir novos episódios de parasitoses nessa população.

Buscar adesão ao tratamento, evitando danos à saúde a curto e a longo prazo.

Melhorar a situação de saúde da população.

Estimular o conhecimento e a promoção da saúde de forma coletiva.

Compartilhamento de vivências, conhecimento e vínculo entre Unidade e população.

## 9. Referências bibliográficas:

1. ANDRADE, Eisabeth Campos et al. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiologia e serviços de saúde*. V. 20, N. 3, Brasília, 2011.
2. ALVES, José. Parasitoses intestinais na infância. *Revista Pediatria Moderna*. V. 41. N.1, 2005.
3. BARBOSA, Alex de Albuquerque. Plano de intervenção para prevenção de parasitoses intestinais nos escolares da ESF do povoado de Cana Brava, zona rural no município de São Sebastião-Al. Alagoas, 2015.
4. BELO, Vinicius SILVA et al. Fatores associados à ocorrência de parasitoses intestinais em uma população de crianças e adolescentes. *Revista Paulista Pediátrica*, 2012.
5. FERNANDES, Sofia et al. Protocolo de parasitoses intestinais. Sociedade Portuguesa de Pediatria Consensos e Recomendações 2011.
6. MARZAGÃO, Marcilene et al. Ocorrência de parasitoses intestinais em habitantes do município de Pará de Minas, MG – Brasil. *Revista Brasileira de farmácia*, 2010.
7. MANFROI, A. Abordagem das Parasitoses Intestinais mais Prevalentes na Infância. Projeto diretrizes, 2009.
8. OLIVEIRA, João Luiz Leão. Parasitoses intestinais: o ensino como ferramenta principal na minimização destas patologias. Volta Redonda, 2013.
9. SANTIESTEBAN, Beatriz Cuenca. Intervenção educativa voltada para prevenção das Parasitoses Intestinais, em especial Esquistossomose, no município de Jundiá – Al. Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.