



EDDY NÁPOLES GALLEGO

PREVENÇÃO DAS PARASITOSES INTESTINAIS EM PACIENTES DA COMUNIDADE VILA DOS REMÉDIOS, BREU BRANCO, PARÁ. 2016

BELÉM, 2016.



EDDY NÁPOLES GALLEGO

**PREVENÇÃO DAS PARASITÓSES INTESTINAIS EM PACIENTES DA COMUNI-
DADE VILA DOS REMÉDIOS, BREU BRANCO, PARÁ. 2016**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família Fundação da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da família.

Orientador: Professor: Marco M Araújo.

Co-orientador: Professora. Glaucia Moura.

BELÉM, 2016.

RESUMO

As parasitoses intestinais constituem um grave problema de saúde pública para os países em desenvolvimento, esta problemática apresenta-se com uma gravidade ainda maior pela falta de políticas para uma educação sanitária profunda. Porém sabe-se que para a erradicação destas doenças, necessita-se de melhora nas condições socioeconômicas, no saneamento básico e na educação em saúde, além de mudanças em hábitos culturais. Na área de atuação da equipe de saúde, foi observado um aumento na demanda das consultas de crianças infetadas por parasitoses, muitos dos casos foram facilitados pela deficiente qualidade da água de consumo e a falta de medidas de controle higiênico ambiental. O objetivo é elevar os conhecimentos da comunidade na prevenção das parasitoses intestinais, na Estratégia de Saúde da Família Vila dos Remédios, Breu Branco.2016, com base em um modelo preventivo integrador; espera-se melhorar o conhecimento da população em relação a doenças parasitárias, reduzir o número de infestação por parasitos, diminuir as complicações das mesmas e melhorar o acesso dos pacientes às ofertas da Estratégia de Saúde da Família em relação à doença.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Parasitas, Promoção da Saúde, Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3. PROMOÇÃO DA SAUDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	12
4. VISITA DOMICILIAR.....	17
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	21
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO	24

1. INTRODUÇÃO

Eu sou o Dr. Eddy Nápoles Gallego, tenho 42 anos de idade, graduado como médico há 17 anos na Universidade de Ciências Médicas Carlos J Fínlay de Camaguey, Cuba. Especialista em Medicina Geral Integral desde o ano 2004. Além disso, realizei diferentes cursos de aperfeiçoamento em temas relacionados com a Medicina Familiar para melhorar minha preparação. Tenho a categoria docente de professor instrutor. Sempre trabalhe na Atenção Primária de Saúde, realizando ações de promoção e prevenção de saúde em consultas do médico da família.

No ano 2004 trabalhe na República Bolivariana da Venezuela por 4 anos, oferecendo atenção no Município Iribarren, no Estado Lara, alocado em uma consulta de atenção primária de saúde; desde outubro de 2014 estou trabalhando no Brasil, no município de Breu Banco, estado do Pará, oferecendo atenção na zona rural, na Estratégia da Saúde da Família (ESF) Nossa Senhora Vila dos Remédios. A equipe de saúde está integrada pelo médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, três agentes comunitários de saúde (ACS), e dois auxiliares de serviços gerais.

A ESF oferece atendimento numa população de difícil acessibilidade aos serviços de saúde, de 1935 habitantes, distribuídos em 351 famílias. A população mostra um índice de pobreza elevado e níveis de escolaridade baixo; as pessoas em sua maioria ganha seu sustento na pesca, outros dedicam-se à produção do açaí ou da farinha de mandioca, além do trabalho nas carvoeiras. A comunidade recebe a água para o consumo através de dois poços artesianos, a tubulação não está em ótimas condições, tem buracos e saídas nas ligações, além de outras casas com poços particulares, não há evidências de que essas águas sejam tratadas, a maioria da população tem como costume: filtrar e clorar a água antes do consumo. A coleta dos esgotos é por fossa, e do lixo é com regularidade.

Existe a utilização da queimada do lixo, dito método não é adequado pois pode contaminar os lençóis freáticos pelo material orgânico, ainda em uns poucos sítios se acham acúmulos do lixo, o que ajuda a propagação de baratas, ratos e insetos. Existem as dificuldades do saneamento básico que são frequentes na zona rural, a maioria não temos como resolver, mais a equipe de saúde pode influir na educação do povo para diminuir os riscos para a saúde, e no possível ao meio ambiente. A comunidade tem uma escola de ensino infantil, cenário de palestras educativas para pais e alunos, entre outras atividades de intervenção em saúde.

É muito importante o apoio dos coletivos de professores no trabalho integral pela saúde. A equipe desenvolve um trabalho para melhorar os indicadores de saúde com ações de promoção e prevenção individuais e coletivas, além da solicitação de ajuda dos líderes da comunidade procurando que fiquem comprometidos no possível com as necessidades da saúde do povo.

A atenção médica e de enfermagem em consulta e visitas domiciliares, na base de um planejamento que responde às demandas e às prioridades dos programas. É imprescindível e constante o intercâmbio dos ACS com a população que fazem o acompanhamento direito. As doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência são: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes mellitus (DM). As doenças transmissíveis com maior incidência são: as infecções parasitárias no primeiro lugar, sendo mais frequente na idade escolar, as infecções respiratórias agudas, os quadros diarreicos agudos e leishmaniose.

Na atenção pré-natal nos preocupa os diagnósticos da anemia, sepse vaginal e/ou de sepse urinária que são os predominantes nas gestantes. A alta incidência de anemia e parasitoses intestinais nas crianças são consequências de hábitos higiênico-sanitários inadequados e de conceitos errados na alimentação das crianças. Por isso reconsideramos a programação das consultas de puericultura, em busca de abranger e avaliar o maior número de crianças, apoiados no cadastro e acompanhamento dos ACS.

Nas consultas a equipe fez um intenso trabalho educativo. Além de atividade como palestras de educação nutricional e de prevenção das parasitoses intestinais com as mães e a população em geral. Em coordenação com os professores da escola a enfermeira tem abordado nas palestras educativas a saúde bucal, a situação nesse item é crítica e não se pode reverter só com a educação, sendo necessária a intervenção do Cirurgião-dentista que é quase inexistente em todo o município.

A qualidade e o número das consultas das gestantes têm melhorado muito, más as dificuldades com os exames de laboratório, a demora na realização das ultrassonografias e a quase inexistência da consulta do Obstetra, e da consulta de alto risco atrapalham a excelência do trabalho. Neste momento temos 16 grávidas, 2 são adolescentes e 6 classificadas de alto risco obstétrico.

São desenvolvidas palestras para os usuários do Programa HIPERDIA, (ha cadastrados 13 diabéticos e 42 hipertensos), coordenadas atividades de caminhadas e exercícios com a ajuda dos professores de educação física. A HAS é a doença crônica

não transmissível mais frequente na comunidade. Existe um incremento na demanda de consulta dos pacientes hipertensos.

Em ditas consultas temos constatado que ainda falta lograr a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da maioria dos pacientes. A base do problema é a falta de informação sobre a doença. Eles não conhecem o verdadeiro significado de doença crônica, ignoram alguns dos seus sintomas e os danos que a pressão alta provoca no organismo, e não estão conscientes dos riscos para a saúde.

Como já diz anteriormente a parasitose intestinais é a mais frequente das doenças transmissível que atinge a população escolar, provocando anemia, diarreia e desnutrição; com alta positividade de ovos e cistos de parasitas nas fezes. Essa situação motivou aos integrantes da equipe de saúde de desenvolver um projeto de intervenção buscando elevar os conhecimentos da população sobre essa doença e as medidas higiênicas encaminhadas a prevenção.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Francisco de 67 anos de idade, pertence à área de abrangência rural da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do município de Breu Branco, estado Pará; ele está casado com Maria de Jesus de 66 anos de idade, com antecedentes de asma bronquial controlada, com tratamento budesonida spray uma inalação 2 vezes ao dia; tem dois filhos, Manuel de 43 anos, saudável que está casado com Keila de 39 anos e tem um filho de 6 anos; além de Lucinelda de 37 anos casada com Luiz de 31 anos.

Maria assiste a ESF para agendar uma consulta para Francisco seu esposo que há tido que levar várias vezes a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e ao Hospital por apresentar pressão arterial elevada, além de ficar ansioso, muito estressado e com cefaleia occipital. Na consulta fica agendada para quarta-feira, que a equipe tem planejado atendimento do Programa HIPERDIA.

- Consulta # 1

Na anamnese Francisco refere que três vezes há tido que ficar nos serviços de urgências por apresentar dor de cabeça, barulho no ouvido e ao fazer controle da pressão, está elevada. O médico do plantão prescreveu tratamento com Captopril nas

três vezes, além de encaminhamento para avaliação na ESF.

Hábitos tóxicos: Tabagista (20 cigarros \dia), Café (três xícaras\ dia), Álcool (Bebe duas vezes à semana cerveja e whisky ocasional)

Antecedentes Familiares: Hipertensão Arterial Sistólica e Cardiopatia Isquêmica

Perfil psicossocial: escolaridade de ensino básico, família de baixa renda, não tem adequadas condições de trabalho, além de estresse e ansiedade pelos conflitos com os filhos.

Avaliação dietética: Tem mal hábitos dietéticos, incluindo consumo de sal, gorduras e bebida alcoólicas e consome poucas verduras e frutas.

Antecedentes de consumir algum medicamento: captopril 25 mg ocasionais.

Exame físico positivo: Estatura 163 cm Peso 91 kg IMC 27,9 Circunferência da cintura 115; ACV: Batimentos cardíacos: rítmicos, taquicárdico. FC 114 bpm PA155 x 95 mm Hg; Tecido celular Subcutâneo (TCS): edemas no terço inferior da perna (x) Diagnóstico: Hipertensão Arterial estágio 1.

Conduta a seguir: Modificações do estilo de vida. Alimentação saudável, reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos (uma colher de chá ao dia), incluir pelo menos seis porções de frutas, legumes e verduras, ingerir alimentos com reduzido teor de gorduras, manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verde escuras e produtos lácteos de preferência desnatados. Controle de peso: a meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens.

Prática de atividade física, que deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana, de forma contínua ou acumulada. Limitar ou abolir o uso de bebida alcoólica, para o homem, a ingestão diária de no máximo 720 ml de cerveja (uma garrafa); 240 ml de vinho (uma taça) ou 60 ml de bebida destilada. Abandono do tabagismo, o risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação.

Para a adoção de um esquema terapêutico adequado, o primeiro passo é a confirmação diagnóstica da hipertensão e também é necessária a análise da estratificação de risco cardiovascular; neste caso tem um risco moderado, que reavaliaremos na próxima consulta, além das medidas orientadas para as modificações de estilo de vida, indicaremos tratamento medicamentoso, pelo estágio da doença e ter múltiplos fatores de risco. 1.2.

Tratamento medicamentoso: Diurético: Hidroclorotiazida dose 12,5 mg ao dia. Exames Laboratoriais: Hemograma, urina tipo 1, dosagem de potássio, creatinina, glicemia de jejum, colesterol total, LDL, HDL e triglicérides, Microalbuminúria de 24 hora, Eletrocardiograma. Encaminhamento ao Nutricionista, oftalmologista e psicologista. Fazer controle da pressão arterial no horário da manhã durante sete dias depois de iniciado o tratamento médico. Avaliar dentro de um mês, com os resultados dos exames laboratoriais.

- Consulta # 2

Depois de um mês, Francisco refere sentir-se bem, não há tido que ir mais a Unidade de Pronto Atendimento, cumpriu com as recomendações e tratamento direitinho. Hábitos tóxicos refere que não bebe, não toma café, mais há diminuído os números de cigarros ao dia. Avaliação pela Psicologista, as orientações e tratamento ajudaram a melhorar ao estresse e ansiedade, mantendo acompanhamento de três em três meses. Avaliação pela Nutricionista com orientações sobre a importância de uma alimentação saudável, que ajudaram também a manter um peso adequado; e acompanhamento de três em três meses. Exame físico positivo: Estatura 163 cm

Peso 84 kg IMC 25,7 Circunferência da cintura 109. Aparato Cardiovascular: Batimento cardíaco rítmico, taquicárdico, não sopra. FC 100 bpm PA 130 x 80 mm Hg.

Exames laboratoriais: Hemograma - Hb 14,3 g/dl Hto 40,8 % Leucócitos 5300 UnF.R/ml. Urina - Caracteres Físicos: Aspecto limpo, cor amarelo citrino, Ph 5,00 uU/ml, Densidade 1.020 U/ml. Caracteres químicos: Proteínas ausentes, glicose ausente, corpo cetônicos ausente, bilirrubina ausente, urobilina normal, hemoglobina ausente, nitrito negativo. Sedimento: Leucócitos 2\3 p/c, hemácia ausente, cilindros ausentes, filamento de mucoso ausente, flora bacteriana ausente, cristales ausente.

Colesterol total 248mg/dl, HDL 45 mg/dl, LDL 190 mg/dl, VLDL 30 mg/dl Triglicérides 268 mg/dl Potássio 3,8mEq/l Creatinina 0,8 mg/dl Glicemia em jejum 78 ,0 mg/dl Microalbuminúria negativa. ECG: Ritmo sinusal normal, FC 76 bpm, não alterações cardiovasculares. Mapa de pressão arterial: média de 130 x 80 mmHg novamente estratificamos o risco com o cálculo do escore de Framingham e mantem um risco alto, mais encontramos nos resultados dos exames outros fatores de risco como

a dislipidemia, tendo um 27% de probabilidade de risco de desenvolver um evento cardiovascular maior em 10 anos.³.

Conduta Médica: Alimentação saudável. Restringir a menos 5 gramas de cloreto de sódio (1 colher de chá por dia), e temperos prontos na cozinha, evitar comidas industrializadas e lanches rápidos; limitar a ingestão de açúcar livre, açúcar de mesa, refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas em geral; ingerir 5 porções (400-500gr) de frutas, legumes e verduras por dia (1 porção = 1 laranja, maçã, banana ou 3 colheres de vegetais cozidos). Aumentar consumo de cereais integrais e leguminosas (feijões, ervilha, lentilha, grão de bico); reduzir o consumo de carnes gordurosas, embutidos, leite e derivados integrais. Preferir óleos vegetais como soja, canola, oliva (01 colheres (sopa/dia), retirar a gordura aparente de carnes, pele de frango e couro de peixe antes do preparo. Incentivar o consumo de peixes; comer pelo menos 3 vezes por semana.

Manter as orientações para o controle de peso, a prática de atividade física regular, além do abandono de tabagismo e da ingestão de álcool como foi orientado anteriormente.^{2,4,5}.

Tratamento medicamentoso: Diurético: Hidroclorotiazida 12,5 mg ao dia. Anti-hipertensivo beta bloqueador: Propranolol 40 mg ao dia. Francisco há mantido ao exame físico do aparato cardiovascular os batimentos cardíacos taquicardíacos, além de não ter controle adequado de sua pressão arterial, sugerimos um anti-hipertensivo betabloqueador. AAS profilática, dose 100 mg por dia.

O AAS, reduz a morbimortalidade cardiovascular de pacientes que apresentam cardiopatia isquêmica em suas manifestações agudas e crônicas, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica, mais o emprego deste em pacientes sem doença isquêmica manifesta, principalmente naqueles considerados de alto risco cardiovascular também se mostrou benéfico. Hipolipemiantes: Sinvastatina 40 mg/dia, administrada à noite.

Os fármacos hipolipemiantes estatinas são efetivas em reduzir os níveis séricos de colesterol e especialmente os eventos vasculares maiores e mortalidade total. Nos indivíduos de alto risco com doença cardiovascular, especialmente com manifestações de doença aterosclerótica como cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular, devem ser considerados para terapia com estatinas independente dos níveis de colesterol basal; aqueles sem doença manifestam o risco pelo score de Framingham

superior a 20% em 10 anos, também devem ser considerados para terapia com estatina.

Na hiperlipidemia mista, o nível de triglicérides deverá orientar como o tratamento farmacológico será iniciado. No caso os níveis de triglicérides estejam acima de 500 mg/dL, deve-se iniciar o tratamento com um fibrato, adicionando-se necessário ácido nicotínico e/ou ômega-3. Caso os níveis de triglicérides estejam abaixo de 500 mg/dL, deve-se iniciar o tratamento com uma estatina isoladamente ou associada à ezetimiba, priorizando-se a meta de LDL- C ou Não-HDL-C.

Francisco vai manter acompanhamento pela equipe na consulta de HIPERDIA, com avaliação frequente da pressão arterial, além dos fatores de riscos, as orientações do tratamento médico e acompanhamento por psicologista, nutricionista e oftalmologista.^{2,4,6}.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A promoção e prevenção de saúde no atendimento pré-natal é a situação que a equipe vai fazer a reflexão, após a leitura dos casos e revisão da literatura; o caso da Família Silva que faz descrição do atendimento a Maria uma adolescente de 15 anos, com início de pré-natal no segundo trimestre, IG de 20 a 24 sem, pelo exame físico altura uterina de 22 cm e BCF presente, com fatores de risco psicossocial : gravidez não planejada, mãe solteira com situação familiar insegura, baixa escolaridade, além de avaliação de risco obstétrico de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez(DHEG) com pressão arterial alterada + proteinúria, e com resultado de VDRL positivo 1:16, sífilis a confirmar.

Um instrumento importante é a avaliação pré-concepcional para a identificação de fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação: é a consulta que o casal faz antes de uma gravidez.

Atividades desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir: anamnese, exame físico com exame ginecológico e laboratoriais; investigação dos problemas de saúde atuais e prévios, exemplo doenças crônicas, processos infecciosos incluindo doenças sexualmente transmissível; uso de medicamentos, hábito de fumar, uso de álcool e drogas censuráveis que precisam ser verificados, além dos antecedentes obstétricos em gestações prévias.

Infelizmente na área de atuação da equipe a maioria das gestações não é inicialmente planejada, pela dificuldade da população alocada em uma zona rural, distante da Estratégia de Saúde da família, e não tem a cobertura de toda a população pelos agentes comunitários de saúde, além as problemáticas com o uso dos métodos anticoncepcionais que ocorre comumente com as adolescentes. A prioridade da atenção em planejamento familiar com incentivo à dupla proteção com prevenção da gravidez não planejada e das doenças sexualmente transmissível, atividade feitas nas consultas médicas, de enfermagem, nas visitas domiciliares, assim como parcerias com escolas e associações de moradores.

Ainda falta muito por fazer, com muita frequência no atendimento de pré-natal são avaliadas gestantes com riscos psicossocial e obstétricos, podem-se evitar as complicações pela intervenção oportuna da equipe com adequado seguimento pré-natal, e na consulta de alto risco obstétrico.

O estudo dos casos complexos, é uma importante ferramenta para o aprendizagem e melhoria do atendimento pré-natal.

O início precoce no atendimento pré-natal das gestantes é uma atividade de prioridade pelos membros da equipe, o trabalho dos agentes comunitárias de saúde é muito importante para a busca de grávidas de sua área de abrangência nas visitas domiciliar, aquelas mulheres que referem atraso menstrual e sintomas de gravidez, além disso na consulta médica e de enfermeira fazemos solicitação do teste de gravidez na urina ou no sangue (beta HCG).

Após a confirmação da gestação, a enfermeira inicia o pré-natal com avaliação integral, solicitação de exames da primeira consulta, vacinação e agendamento da próxima consulta médica, com avaliação do risco obstétrico, o seguimento e feito pelos protocolos de atendimento pré-natal até as 28 semanas consultas mensal, de 28 – 36 semanas a consulta de 15 em 15 dias, após 36 semanas a frequência é semanal até as 41 semanas que é encaminhada a consulta de bem-estar fetal⁷.

A equipe desde o início das consultas há 2 anos, a feito atendimento a muitas grávidas com riscos psicossocial y obstétrico: adolescentes, doenças crônicas associadas como hipotireoidismo, hipertensão arterial, diabetes gestacional, e infecções como toxoplasmose, do trato urinário e sífilis, não apresentando-se complicações para a mãe e o feto.

As maiores dificuldades no seguimento pré-natal no município, é a avaliação na consulta de alto risco obstétrico pela instabilidade da mesma, além do atendimento odontológico.

4. VISITA DOMICILIAR

No estudo dos casos complexos é uma ajuda muito importante para a abordagem das ferramentas de Atenção Primária de Saúde, nesta atividade de portfólio, uma temática que a equipe tem incorporado ao planejamento de atendimento de saúde domiciliar, após a revisão da literatura, apresentasse as quatro modalidades da atenção domiciliar à saúde.

Essa divisão é proposta pelos autores com base nos termos observados em publicações, sendo concordante com a Resolução RDC nº. 11, de 26 de janeiro de 2006 da Anvisa como Ministério da Saúde, em Documento Preliminar publicado em 2004. Esses dois documentos oficiais divide a atenção domiciliar à saúde em: atenção domiciliar, assistência domiciliar e internação domiciliar, aos quais acrescentamos a modalidades da visita domiciliar (Brasil, 2006; Brasil, 2004).

A atenção domiciliar é a modalidade de maior amplitude dentre as quatro citadas. Ela é definida pela Brasil (2006) como um termo genérico, que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doença e reabilitação, desenvolvidas em domicílio, que é um método praticado por Atenção Primária de Saúde com um enfoque integral, há uma complementaridade entre as modalidades da atenção domiciliar, cada uma possui peculiaridades e características que as distinguem, e devem ser restabelecidas de maneira clara pelos profissionais de saúde, não apenas por questões de operacionalização dos serviços de saúde, mas para sua orientação na execução das práticas profissionais.

Para que o modelo de atenção à saúde domiciliar ocorra de forma a efetivar seus preceitos, deve-se lançar mão de suas modalidades para que a prática assistencial seja planejada, sistematizada, organizada e documentada, afirma-se que a atenção domiciliar é a modalidade mais ampla, envolvendo a vigilância à saúde dos indivíduos, de modo a promover, manter e/ou restaurar a saúde da população. O atendimento é a execução de qualquer atividade profissional direta à saúde dos indivíduos, ao passo que a internação domiciliar é uma prática mais intensiva e complexa no domicílio.

No planejamento de atenção da equipe, tem a programação do atendimento domiciliar para a terça féria na tarde, a mesma é marcada pelo Agente Comunitários de Saúde, a continuação abordaremos como a equipe faz o atendimento. Apresentamos uma família, baseados em atendimentos feitos na área de abrangência, os nomes

não são os reais. Marcelo de 86 anos de idade com antecedentes de diabetes mellitus e hipertensão arterial há 25 anos, pertence à área de abrangência rural da Estratégia de Saúde da Família, do município de Breu Branco, estado Pará.

A agente comunitário de saúde da área solicita uma visita domiciliar para o atendimento do Sr. Marcelo, que foi internado no hospital regional há 20 dias por doença cérebro vascular e de volta a sua casa há 5 dias, ainda com sequelas, perda da força do membro superior e inferior direito que impossibilita locomover, a visita domiciliar foi agendada, pela característica da doença do Sr. Marcelo, a equipe previa reunião decidiu acudir ao domicílio em conjunto: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde para fazer ações de saúde.

Além de o Sr Marcelo moram sua esposa Maria do Socorro de 66 anos de idade com antecedentes de hipertensão arterial, com tratamento, losartana potássica 50mg 1 comp de 12 em 12 horas; tem dois filhos, Samuel de 41 anos, saudável que está casado com Keila de 39 anos e tem um filho de 6 anos; além de Luciane de 37 anos casada com Reinaldo de 31 anos, encontramos casa com condições estruturais e higiênicas sanitária regulares, com presença de animais domésticos: cachorros e gatos.

O funcionamento familiar não é bom pela dificuldade de comunicação familiar e conflitos com seu filho, além do matrimônio da filha; mais tem baixa renda econômica, só tem trabalho seu filho maior Samuel, mais não é fixo influenciando no funcionamento familiar e causando ansiedade e estresse.

No momento do atendimento domiciliar, só ficam na casa o Sr. Marcelo e a Sra. Maria Marcelo refere que está se sentindo melhor, sem dor de cabeça e que está tomando o medicamento indicado e fazendo a dieta, ele diz que tem dificuldade para fazer a fisioterapia, pelo longe que fica o local de fisioterapia, tem agendado para fazer todos os exames laboratoriais para dentro de sete dias.

Exame físico: FC 90 bpm PA 140 X 80 mm Hg.

Ele refere que não há tido que ficar nos serviços de urgências pela pressão alta, após o uso certinho do tratamento indicado pelo médico.

Na anamnese encontramos:

- Antecedentes Familiares: Hipertensão Arterial uma Irmã e IMA um Irmão;
- Perfil psicossocial: escolaridade de ensino básico, aposentado, além de estresse e ansiedade pelos conflitos com os filhos;
- Avaliação dietética: deve melhorar os hábitos dietéticos, além de ter excluído o consumo de sal e gorduras da dieta, o consumo de verduras e frutas é inadequado;
- Tabagista desde os 18 anos

Diagnóstico: Hipertensão Arterial estágio 3, Diabetes Mellitus tipo II, e sequelas de Doença Cérebro Vascular.

Conduta a seguir: modificações do estilo de vida (MEV). Alimentação saudável, reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos (uma colher de chá ao dia), incluir pelo menos seis porções de frutas, legumes e verduras, ingerir alimentos com reduzido teor de gorduras, manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verde-escuras e produtos lácteos, de preferência desnatados.

Controle de peso: a meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens. Prática de atividade física leve neste momento ainda de convalescência da doença, e manter a fisioterapia. Abandono do tabagismo, o risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação, além das medidas orientadas para a modificações de estilo de vida, avaliamos o tratamento medicamentoso.

Maria do socorro nos fala que nos últimos exames feitos apresentou o colesterol elevado 283 mg/ml, mais trata de fazer dieta baixa em sal e sem excesso de gorduras, além de fazer tratamento direitinho com os anti-hipertensivos, e seu acompanhamento nas consultas agendada pela equipe de saúde, refere há 15 dias foi avaliado pelo Psicologista e as orientações dadas para ele ajudarão a melhorar ao estresse e ansiedade, mantendo acompanhamento de 3 em 3 meses, além da consulta com a Nutricionista que oriento sobre as medidas de uma alimentação saudável, que ajudaram também a manter um peso adequado.

Recomendações: Modificações do estilo de vida. Alimentação saudável: Restringir a menos 5 gramas de cloreto de sódio (1 colher de chá por dia), e temperos prontos na cozinha, evitar comidas industrializadas e lanches rápidos; limitar a ingestão de açúcar livre, açúcar de mesa, refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas em geral; ingerir 5 porções (400-500gr) de frutas, legumes e verduras por dia (1 porção = 1 laranja, maçã, banana ou 3 colheres de vegetais cozidos).

Aumentar consumo de cereais integrais e leguminosas (feijões, ervilha, lentilha, grão de bico). Reduzir o consumo de carnes gordurosas; embutidos; leite e derivados integrais. Preferir óleos vegetais como soja, canola, oliva (01 colheres (sopa/dia), retirar a gordura aparente de carnes, pele de frango e couro de peixe antes do preparo. Incentivar o consumo de peixes; comer pelo menos 3 vezes por semana.2,4.

A equipe também fez orientações sobre a prevenção de doenças infecciosas de transmissão vectorial: dengue, zika e chikunguya pelo aumento da incidência apresentada na área.

Tratamento medicamentoso: Losartana potássica 50 mg 01 comp. de 12 em 12 horas AAS 100 mg 01 comp. ao dia. Hipolipemiantes: Sinvastatina, dose de 40 mg/dia, administrada à noite. Os fármacos hipolipemiantes estatinas são efetivas em reduzir os níveis séricos de colesterol e especialmente os eventos vasculares maiores e mortalidade total.

A equipe decidiu agendar a próxima visita domiciliar em um mês.

Concluindo que as vantagens das pratica de atendimento domiciliar na Atenção Primária de Saúde. Humanização do atendimento, com maior rapidez na recuperação do paciente, prevenção de eventuais sequelas e diminuição no risco de infecção hospitalar; otimização de leitos hospitalares para pacientes que necessitem, redução do custo - dia da internação e diminuição das internações por recidivas, avaliação da família de maneira integral, direcionadas as atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças; permitindo a implementação de ações de saúde a toda a família.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A Sociedade Brasileira de Medicina da Família e a Comunidade (SBMFC) tem sido uma grande colaboradora no processo de transformação dos serviços de saúde, respondendo a necessidade de saúde da população brasileira, incentivando novas possibilidades e estratégias de formação de recursos humanos e profissionais para a saúde. A sociedade é cada vez mais exigente em relação à garantia de qualidade dos serviços públicos e privados que prestam os profissionais, em especial os médicos, é por esse fato que a importância deste curso na preparação das qualidades de formação dos médicos, para o exercício da medicina no país; com o curso de especialização conheci aspectos relacionados ao Sistema Único de Saúde, revisando historicamente a sua evolução e estruturação, bem como seus princípios, diretrizes, legislação e financiamento, além de o análise crítico das políticas públicas em saúde no Brasil, com ênfase na Atenção Primária de Saúde.

A Atenção Primária de Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos, e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população.

Na definição já clássica de Bárbara Starfield de Atenção Primária de Saúde (APS) representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se principalmente pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. São assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade, a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema.^{8,9}

No município Breu Branco de maneira geral, apresentasse ainda muitas dificuldades por exemplo na acessibilidade, devido a existência de números insuficientes dos Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva à não acessibilidade pelos pacientes aos serviços de saúde para o atendimento das demandas de saúde da população, além de pouca disponibilidade de especialistas, tais como Ginecologista, Cardiologista, Pediatria e outras especialidades importantes para a avaliação dos riscos, e atenção integral, incluindo também o encaminhamento para serviços de atenção se-

cundaria, neste caso ao hospital de referência do município, e regional de outro município da região; as redes integradas de serviços de saúde, não funciona adequadamente com os fluxos de encaminhamentos e acompanhamentos conjunto.

Nos serviços especializados depois de avaliar os pacientes encaminhado, não fazem a conta referência com as informações úteis para a boa avaliação do paciente, impossibilitado o seguimento da doença e avaliação conclusiva do paciente.

A partir da definição sistematizada por Starfield pode-se considerar um serviço da atenção básica como provedor da atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com usuários e comunidades ao possuir também os atributos derivados.

A Estratégia de Saúde da Família onde eu trabalho está alocada numa área rural do município Breu Branco a 35 km da cidade municipal, a equipe está integrada pelo médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e três agentes de saúde comunitária, não apresentasse a cobertura de toda a população, o que dificulta o desempenho adequado de cumprimento dos programas da Atenção Básica; mais com dois anos de trabalho eu acho que há melhorado, influenciado pelos conhecimentos adquiridos neste curso, é a primeira vez que a comunidade tem atendimento com equipe de saúde completo, nos períodos anteriores só tinha atendimento de médico e enfermeira uma vez ao mês.

Nas aulas de Especialização em Saúde da Família e da comunidade: as três primeiras unidades foram muito importantes para a organização dos serviços de saúde, integração do trabalho da equipe, conhecimento de ferramentas para os indicadores de saúde e atenção de surtos epidemiológicos; direcionar o atendimento pelos protocolos atualizados aos diferentes grupos de pacientes e doenças específicas. O Eixo 2 do curso abordamos diferentes casos complexos, que muitos deles encontramos no dia a dia do atendimento no Posto de Saúde; contribuindo a superação do conhecimento profissional.

O estudo dos casos complexos nos permitiu uma maior capacitação e atualização dos diferentes agravos e mudanças na prática profissional, logrando com isso um melhor atendimento e acompanhamento em cada um dos pacientes atendidos.

Acredito que o curso de Especialização em Saúde da Família tem logrado seu objetivo geral de consolidar os conhecimentos numa estratégia diferente, que pretende fortalecer o Sistema Único de Saúde no Brasil, baixo os princípios de universalidade e equidade; eu fiquei motivado por acrescentar meus conhecimentos com uma

visão e cultura diferente, pero um mesmo objetivo: melhorar a saúde do povo brasileiro.

Agradeço eternamente pela possibilidade oferecidas para a participação no curso, e obrigado a todos os profissionais e funcionários que organizaram, e formaram parte do coletivo de professores, para que fora possível este maravilhoso projeto de formação profissional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica No 15. Brasília, 2006; 9-32
2. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: Análise das mudanças no estilo de vida. Texto Contexto Enferm, Florianópolis [Internet] 2008 Jan- Mar [citado 10 Set 2015]; 17(1): 90-7. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/tce/v17n1/10.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica. Cadernos de Atenção Básica No 14. Brasília, 2006; 10-43.
4. Soares E, Martins I, Leite T, Coelho MM. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de Hipertensão Arterial. Rev Bras Enferm [Internet]. 2006 jul-ago [citado 10 Set 2015]; 59(4): 543- 7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a13v59n4.pdf>
5. Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FA, Bertolami MC, Afiune Neto A, Souza AD, et al.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2007;88(supl 1):6-14. [[Links](#)]
6. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia \ Sociedade Brasileira de Hipertensão \ Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq Bras Cardiol. 2010;95 (1 sup.1):1-30.
7. Caderno de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília-DF. 2013.
8. Saúde e sociedade v. 15, n. 2, p. 88; maio-agosto 2006.
9. Melo MCP, Coelho EAC. Ciências e Saúde Coletiva, 16(5):2549-2558, 2011

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

EDDY NÁPOLES GALLEGO

**PREVENÇÃO DAS PARASIToses INTESTINAIS EM PACIENTES DA COMUNI-
DADE VILA DOS REMÉDIOS, BREU BRANCO, PARÁ. 2016**

BELÉM, 2016.

1. INTRODUÇÃO

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 dessas em crianças. Desnutrição, anemia, diminuição no crescimento, retardo cognitivo, irritabilidade, aumento de suscetibilidade a outras infecções e complicações agudas são algumas das morbidades decorrentes.¹

No que se refere às doenças parasitárias intestinais, estas acometem principalmente crianças em idade escolar, o que pode comprometer seu desenvolvimento físico e intelectual. A maioria das infecções por *Ascaris lumbricoides* envolve um pequeno número de parasitos adultos e é assintomática, diagnosticada em exames coproparasitológicos ou através da eliminação de parasitos nas fezes. A manifestação dos sintomas da ascaridíase depende do número de parasitos adultos albergados pelo indivíduo. Infecções maciças podem resultar em bloqueio mecânico do intestino delgado, principalmente em crianças.^{2,3,4}

No entanto, a aplicação do tratamento farmacológico não é suficiente para reduzir a infestação com helmintos se não apresenta-se mudanças nos hábitos higiênicos e sanitários inadequados que podem levar a uma nova infestação. Pelo que devem implementar-se intervenções eficazes de comunicação dirigidas aos sectores da população mais vulneráveis ⁵.

Nestas intervenções devem participar a equipe de saúde e a comunidade. As metodologias participativas dirigidas a educação sanitária são a denominada Transformação Participativa da Higiene e o Saneamento (PHAST), promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ⁶, e a estratégia SARAR ^{5,7}, baseada em elevar os atributos e as capacidades essenciais para dinamizar a mudança da conduta: autoestima, força associativa, inventiva, planejamento de ações e responsabilidade.

Outro pilar que deve formar parte de qualquer intervenção é o melhoramento da infraestrutura sanitária da população ⁸.

O saneamento é a principal medida para eliminar as infecções parasitárias, a mesma para ser eficaz deve abarcar grã parte da população, mais estas medidas tem um elevado custo e não podem aplicar-se quando os recursos são limitados.

Além, deve-se implementar durante anos, até décadas para alcançar os resultados esperados 5.9. O Posto de Saúde Nossa Senhora Vila dos Remédios está localizado no município Breu Branco, estado Pará, com uma população de 1935 pacientes correspondentes a 351 famílias, que moram na Vila dos Remédios e outros assentamentos mais distantes que fazem parte da área, como Café Brasil a 5 km, Monte Alegre a 8 km e Acarari a 18 km.

Com uma baixa renda familiar e uma infraestrutura habitacional precária; moradias construídas de madeira e barro, a maioria delas sem banheiro sanitário e com dificuldades para o abasto de água potável, proveniente de poços coletivos e individuais que não tem o adequado tratamento. O estilo de vida dessa população com baixo nível cultural e as condições da comunidade têm propiciado a alta prevalência das parasitoses, que afetam maiormente as fases etárias compreendidas em idades pré-escolares e escolares.

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Na área de atuação da equipe de saúde foi observado um aumento na demanda das consultas de crianças infetadas por parasitoses, muitos dos casos foram facilitados pela má qualidade da água de consumo e deficientes medidas de controle higiênico ambiental. Também constatamos o aumento de outras doenças associadas às parasitoses, por exemplo anemia por déficit de ferro, desnutrição proteico energética, diarreias frequentes, vulvovaginites secundárias e oxiuroses e prolapso retal.

As parasitoses intestinais constituem um grave problema de saúde pública para os países em desenvolvimento, está problemática apresenta-se com uma gravidade ainda maior pela falta de políticas para uma educação sanitária profunda. Porém sabe-se que para a erradicação destas doenças, necessita-se de melhora nas condições socioeconômicas, no saneamento básico e na educação em saúde, além de mudanças em hábitos culturais. Este estudo se justifica em função das necessidades de intervenção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) frente a esse problema que mostra uma alta prevalência na comunidade de atuação da equipe.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elevar os conhecimentos da comunidade na prevenção das parasitoses intestinais, com base em um modelo integrador, na Estratégia de Saúde da Família Vila dos Remédios, Breu Branco.2016.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar a equipe de saúde para a realização de ações educativas de saúde na comunidade encaminhadas à prevenção das doenças parasitárias;
- Promover medidas na população sobre as diferentes formas de controle e prevenção das parasitoses intestinais;
- Trabalhar conjuntamente com os professores para elevar a educação sanitária das crianças sobre a prevenção das doenças parasitárias intestinais.
- Realizar trabalhos de prevenção da doença junto à comunidade;

3. REVISÃO DA LITERATURA

Estima-se que 20 a 30% da população das Américas esteja infectada por *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* ou ancilostomídeos e *Schistosoma mansoni*. Embora a erradicação das doenças negligenciadas não esteja explicitamente entre os oito objetivos de desenvolvimento do milênio estabelecidos em 2000 por todos os países membros das Nações Unidas, estes não podem ser atingidos sem a prevenção, o controle e a eliminação das mesmas, uma vez que tais objetivos incluem a erradicação da pobreza extrema e da fome 10.

Diversos estudos têm reportado a associação positiva entre os enteroparasitos e as condições sanitárias e socioeconômicas em comunidades menos favorecidas. Neste sentido, pode ser observada a disseminação que eleva a incidência das parasitoses, provavelmente, pelas alterações ambientais, elevada concentração populacional e falta de higiene que são condições propícias para multiplicação do parasito junto a uma população susceptível. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças infecciosas e parasitárias continuam a figurar entre as principais causas de morte, sendo responsáveis por 2 a 3 milhões de óbitos por ano, em todo o mundo.

As parasitoses intestinais constituem grave problema de saúde pública, principalmente na região do Nordeste do Brasil que, apesar de alguns avanços nas últimas décadas, continua apresentando elevados índices de mortalidade causados por doenças diarreicas, sobretudo entre indivíduos menores de cinco anos.¹¹ No ciclo de vida do *Ascaris sp*, *Trichuris sp* e *Ancylostomas sp*, o parasita adulto habita o trato gastrointestinal, local em que há a produção de ovos, eliminados por meio das fezes para o meio ambiente, onde requerem período de maturação para se tornarem infectantes.

Sua transmissão pode ocorrer por meio de alimentos vegetais mal lavados (hortaliças), terra contaminada e água não tratada (ausência de rede de distribuição e de coleta), dentre outros fatores em que ocorra exposição ao meio ambiente contaminado. No caso da giardíase, a eliminação do parasita infectante ocorre desde o momento de eliminação das fezes, o que permite sua transmissão por meio do contato entre humanos (fecal-oral), mesmo em ambientes saneados, também podendo ocorrer por meio de água contaminada.

Enterobíase caracteriza-se pela transmissão por meio do contato interpessoal. As fêmeas adultas depositam ovos na região perianal, causando como sintomatologia o prurido. Os ovos podem ser transmitidos diretamente para os contatos da pessoa infectada, indiretamente por meio de poeiras, alimentos ou roupas contaminadas, e, também, pode haver a retro infestação, com a migração das larvas para as regiões superiores do intestino.

A Estrongiloidíase é transmitida pela penetração da larva filarióide por meio da pele, chegando aos pulmões e, destes, ao trato gastrointestinal, onde se desenvolve o indivíduo adulto. As formas adultas liberam larvas não infectantes que, no meio externo, podem tornar-se infectantes ou indivíduos adultos de vida livre, com capacidade de acasalamento, mantendo o ciclo de infestação. Animais domésticos (gatos e cachorros), além do homem, podem ser reservatórios deste parasita. A forma de transmissão da amebíase é por meio da ingestão de água e/ou alimentos contaminados por dejetos contendo cistos do protozoário 12.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

TRATA-SE DE UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.

Cenários da Intervenção: O Projeto de intervenção será desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nossa Senhora Vila dos Remédios, o colégio e a comunidade rural do mesmo nome, localizada no município Breu Branco do Estado Pará.

Sujeitos envolvidos: Participarão a equipe de saúde; integrado por um médico geral Integral, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde; professores do colégio e uma mostra de 90 famílias, 450 pacientes da área de abrangência tanto femininos como masculinos, com o prévio consentimento deles.

Estratégias e ações: O projeto será desenvolvido em 4 etapas a saber:

- Etapa 1 - No momento das consultas e as visitas domiciliares serão abordados todos os pacientes aos fins de ser incorporados ao projeto de intervenção. Será feito a identificação dos pacientes com doenças parasitaria

com sintomas e estudo de fezes positivas, incluindo no estudo a todos os integrantes da família;

- Etapa 2 - Serão convocados numa reunião em cada localidade para a descrição do projeto de intervenção e a necessidade do mesmo, assim como para estabelecer as estratégias a seguir;
- Etapa 3 - Elaboração e entrega do plano de trabalho para ser executado pelos membros da equipe envolvidos no programa de mudanças nos conhecimentos sobre as doenças parasitárias;
- Etapa 4 - Serão feitas reuniões semanais com a equipe de saúde para saber o andamento do projeto de intervenção.

5. PROGRAMAÇÕES DAS AÇÕES

PASSOS	TEMAS	Responsável
1º	Explicação do projeto aos participantes.	Médico
2º	Capacitação dos integrantes da equipe e professores do colégio, nos temas de transmissão das parasitoses e medidas da prevenção para o desenvolvimento do projeto	Médico/Enfermeira
3º	Abordagem dos modos de transmissão e medidas de prevenção das doenças parasitárias, com as pessoas da comunidade	Médico, Enfermeira, Técnico de enfermagem e professores
4º	Atividades de prevenção nas vivendas da comunidade com os moradores.	Agente de saúde comunitários
5º	Tempo para perguntas e para responder as dúvidas.	Equipe de saúde

6. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Buscar uma participação ativa de todas as pessoas presentes nas reuniões para conhecer as suas impressões sobre o projeto. Escutar todas as críticas com o intuito de estar sempre melhorando a intervenção. Estimular que todos os participantes venham tirar as suas dúvidas em qualquer momento.

7. CRONOGRAMA:

ATIVIDADES 2015\2016	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
Seleção do tema a abordar e discussão da proposta do TCC com a equipe de saúde	X					
Revisão da literatura	X	X	X	X		
Coleta de dados		X	X			
Avaliar o processo do projeto nas reuniões da equipe	X	X	X	X	X	
Discussão e análise de resultados				X		
Preparação do relatório final					X	
Entrega do TCC						X

8. ORÇAMENTOS E FINANCIAMENTO

Itens de custeio	Quantidade valor	Valor unitário R\$	Valor total R\$
Material de consumo			
Resma de papel A4	02	15.00	30.00
Caixa de caneta tipo piloto	01	26.00	26.00
Caixa de caneta estilo gráfica	02	27.00	54.00
Cartuchos HP 60 pretos	02	45.00	90.00
Impressora	01	500.00	500.00
Total	08	613.00	700
Material permanente			
PC. Intel core 3	01	1.646	1.646
Total	01	1.646	1.646

Serviços de terceiros/ Pessoa jurídica			
Cartilhas	100	5.00	500.00
Fichas de avaliação	100	0.50	50.00
Total	200	5.50	550.00
Total general	209	620.146	1251.6

9. RESULTADOS ESPERADOS:

Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se melhorar no conhecimento da população em relação a doenças parasitárias; reduzir o número de infestação por parasitos, diminuir as complicações das mesmas e melhorar o acesso dos pacientes às ofertas do ESF em relação à doença.

REFERÊNCIAS

1. Vinícius Silva Belo et al. Fatores associados à ocorrência de parasitoses intestinais em uma população de crianças e adolescentes. *Rev Paul Pediatr* 2012;30(2):195-201.
2. Mariot Netto A, Souza Brito MG, Pavanelli MF. Relação entre enteroparasitose e alterações hematológicas em crianças na região centro – oeste do Paraná. *RBAC*. 2016; 48(1):78-84
3. SILVA, Jefferson Conceição et al. Parasitismo por *Ascaris lumbricoides* e seus aspectos epidemiológicos em crianças do Estado do Maranhão. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. 2011, vol.44, n.1, pp. 100-102. ISSN 0037-8682. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822011000100022>.
4. Cézane P Reuter, Lúcio B F do Silva Furtado, Rafaela da Silva, Luiza Pasa, Eliza I Klinger, Clairton E dos Santos, Jane D P Renner. Frequência de Parasitoses Intestinais: um estudo com crianças de uma creche de Santa Cruz do Sul- RS. *Cinergis* 2015;16(2):142-147
5. PEZZANI, Betina C. et al. Participación comunitaria en el control de las parasitosis intestinales en una localidad rural de Argentina. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2009, vol.26, n.6, pp. 471-477. ISSN 1020-4989. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009001200001>.
6. Organización Mundial de la Salud. La iniciativa PHAST. Transformación participativa para la higiene y el saneamiento. Un nuevo enfoque para el trabajo comunitario. Ginebra: OMS; 1996. (WHO/EOS/96.11).
7. SARAR: Self-esteem, associative strength, resourcefulness, action planning and responsibility. Washington, D.C.: World Bank; sin año. Hallado en <http://go.worldbank.org/ODBWGEOMO0>. Acceso el 26 de octubre de 2009.
8. Asaolu S, Ofoezie I. The role of health education and sanitation in the control of helminth infections. *Acta Trop*. 2003; 86:283-94.
9. Brooker S, Bethony J, Hotez P. Human hookworm infection in the 21st century. *Adv Parasitol*. 2004;58:197-288.
10. Parasitose intestinais: uma revisão sobre seus aspectos sociais, epidemiológicos, clínicos e terapêuticos. *Rev. APS, Juiz de Fora*, v. 13, n. 2, p. 231-240, abr./jun. 2010

11. Vasconcelos et al. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá, v. 33, n. 1, p. 35-41, 2011
12. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Abordagem das Parasitoses Intestinais mais Prevalentes na Infância, novembro 2009.

OUTROS ANEXOS

Figura 1 – ESF nossa senhora vila dos remédios



Figura 2 - Palestra de doenças crônicas não transmissível no ESF nossa senhora vila dos remédios



FIGURA 3 - ANEXO DE GENOGRAMA: ESTUDO DE CASO CLÍNICO

