



UÉDAMA AIRAM P. DA SILVA

**O IMPACTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E O ESTILO DE VIDA DOS PACIENTES
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE TRIGUEIRO**

BELÉM-PA

2017



UÉDAMA AIRAM P. DA SILVA

**O IMPACTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E O ESTILO DE VIDA DOS PACIENTES
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE TRIGUEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Daniel Victor Coriolano Serafim

BELÉM-PA

2017

RESUMO

O Brasil é um país tão diverso em suas culturas com realidades diferentes que compõem um cenário desafiador para a saúde na Atenção Básica. Na região Norte se observa uma alta prevalência de infecções por parasitos intestinais na população devido à falta de saneamento básico, gerando agravos como anemias carências e além ademais de enfermidades crônicas como por exemplo Hipertensão Arterial descompensada e a dislipidemia devido uma alimentação desequilibrada nesta população. O estilo de vidas destes pacientes associados a uma alimentação desequilibrada e por diversos outros fatores de riscos foram levados em considerações, teve como justificativa e relevância para elaboração do projeto de intervenção e proposta de melhoria de qualidade de vida em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, que quando não equilibrada tornar-se um fator de risco para diversas comorbidades, principalmente na população vulnerável poderá ser uma chave para agravo e sequelas maiores. Portanto e necessário um acompanhamento e avaliação destes pacientes através da Unidade Básica de Saúde para a prevenção de riscos maiores no futuro.

Descritores: Atenção Primária, Alimentação desequilibrada, Diabetes mellitus, Estilo de vida, Hipertensão arterial sistêmica, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	16
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	19
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	22
REFERÊNCIAS	23
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	24

1. INTRODUÇÃO

Eu sou a Doutora Uédama Airam, brasileira e formada em medicina no Exterior no ano de 2014 como Clínica Geral, participo do projeto Programa Mais Médico para o Brasil desde o ano de 2015, atuando no município de Cametá no Estado do Pará, uma cidade acolhedora que fica a 230 km da Capital que é Belém. O município possui uma população estimada em 132.515 habitantes no ano de 2016 pelo IBGE.

Atuo na Estratégia Saúde da Família Trigueiro, a população adstrita cadastrada na área é de 4.300 habitantes sendo subdivida em nove micro áreas onde atuamos com a promoção e prevenção de enfermidades na comunidade. O apoio que temos é realizado pelo Centro de Referência da saúde da mulher e criança, que atua nos atendimentos de Gravidez de Alto risco e Crianças. A população é composta por 3.546 pessoas com idade de 15 anos ou mais, e 208 pessoas no território com Hipertensão Arterial, 79 pessoas com Diabetes Mellitus.

A ESF Trigueiro possui uma equipe composta, por 1 médica clínica geral, que se ocupa da saúde humana, promovendo saúde, prevenindo, diagnosticando e tratando doenças, com competência e resolutividade, responsabilizando-se pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, 1 enfermeiro que atende a saúde dos indivíduos e famílias cadastradas, realizando consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, solicitar exames complementares, 4 técnicas de enfermagem que sob a supervisão do enfermeiro, realizam procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão tanto na Unidade de Saúde quanto em domicílio e outros espaços da comunidade, como educação em saúde e educação permanente, 9 agentes comunidade de saúde que exerce o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade, e 2 agentes administrativo.

A unidade na Atenção Básica é a principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011). Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos. Em um país tão diverso quanto o nosso, diferentes realidades compõem o cenário da Atenção Básica, na região norte se observa a prevalência de

infecções por parasitos intestinais na população devido à falta de saneamento básico, ademais de enfermidades crônicas como por exemplo Hipertensão Arterial descompensada e a dislipidemia devido uma alimentação desequilibrada nesta população. O presente estudo de intervenção e a escolha do tema teve como justificativa um aspecto importante, a gravidade que assume a alimentação e o estilo de vida de pacientes com Doenças Crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, que quando não equilibrada tornar-se um fator de risco para diversas comorbidades, principalmente na população vulnerável.

PROBLEMA: O desequilíbrio e a má alimentação assim como o estilo de vida de pacientes com doenças Crônicas: Hipertensão Arterial sistêmica e Diabetes Mellitus como agravo e fator de risco para problemas cardiovasculares a estes pacientes, identificados na Unidade Básica de Saúde Trigueiro.

JUSTIFICATIVA: Na área adstrita da Unidade Básica de Saúde Trigueiro possui 4.300 usuários cadastrados sendo que 208 são pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica e 79 Diabetes Mellitus. Nesta população estima-se que pelo menos 1.299 sejam portadores de dislipidemias e uma alimentação não saudável, sedentários. Devido a baixo nível social, econômico e cultural isso vem agravando e gerando riscos maiores a saúde desta população, ou seja, é necessário realizar a conscientização das famílias sobre os aspectos da alimentação adequada, saudável e equilibrada, e a consequência do não o acompanhamento e medicação adequada para a prevenção dos agravos que possam estabelecer.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O impacto das Doenças Crônicas não transmissíveis

Quando pensamos em uma doença crônica associamos geralmente, a algo que envolve sofrimento físico e psíquico no doente, tendo em consideração, que este tem que lidar com a patologia durante a maior parte da sua vida. No entanto, este sofrimento não se restringe apenas ao elemento que padece da doença crônica, mas sim, a toda a rede de relações estabelecidas, principalmente ao ciclo familiar, quando convive diariamente com os problemas inerentes à própria doença. Dependendo da gravidade da patologia, a família acaba por alterar as suas rotinas diárias, para poder cuidar e apoiar o doente, o que acaba por influenciar não só o relacionamento, como modifica o estilo de vida familiar.

O Que são Doenças Crônicas?

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração.

Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura.

Segundo a OMS (2007) as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça a saúde e ao desenvolvimento humano. A carga dessas doenças recai especialmente sobre países de baixa e média renda e corresponde a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas as DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais), 10% as doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis.

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações,

bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava.

Segundo SCHMIDT (et al., 2011) - Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças, portanto se olharmos a situação da Região Norte do nosso país, temos um grande impacto devido que esses determinantes influenciam diretamente no dia-a-dia dessa população uma vez que todos eles em conjunto com a cultura podemos ter sérios agravos dessas DCNT. Sabemos que as doenças crônicas podem ter um carácter hereditário ou um componente genético, mas também podem ser adquiridas, de acordo com um determinado estilo de vida adotado por exemplo a:

- Diabetes;
- Obesidade;
- Doenças Respiratórias (ASMA)
- Doenças cardiovasculares;(HAS/DISLIPIDEMIA)

Os fatores de riscos são condições e problemas que aumentam as chances de uma pessoa de desenvolver doenças e com toda a certeza existem estes indivíduos com doenças Crônicas que podem modificar e prevenir:

Colesterol Elevado: Uma dieta rica em gordura pode acelerar a formação de depósitos de gordura dentro das artérias, elevando os níveis de colesterol e pressão arterial. **Hipertensão arterial:** A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou Pressão Alta (PA), sozinha, é a principal causa de doenças do coração, dos rins, de Acidente Vascular Cerebral, de comprometimento das artérias e dos olhos.

Obesidade: Doença crônica que engloba fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos. Caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal, que pode ser causado pelo excesso de consumo de calorias e/ou sedentarismo. O sobrepeso e a obesidade contribuem de forma importante para o desenvolvimento de doenças crônicas, como as cardíacas, e outras.

✓ **Tabagismo:** A maior causa evitável de mortes no mundo é o tabagismo. Os fumantes têm o risco de morte súbita até quatro vezes maior do que não fumantes. O vício do cigarro aumenta as chances de ter infarto do miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, conhecido como derrame, angina e outras doenças, como câncer.

✓ **Consumo de álcool:** O consumo excessivo de álcool pode ser danoso à saúde do coração e está relacionado ao desenvolvimento de hipertensão, alteração no ritmo do coração e aumento de peso

✓ **Alimentação inadequada:** (pobre em frutas e vegetais)

✓ **Sedentarismo:** A falta de atividade física é importante fator de risco para as doenças cardiovasculares. O sedentarismo contribui para o desenvolvimento de hipertensão arterial, obesidade, diabetes, colesterol elevado e outras doenças.

Portanto é através da alteração do estilo de vida que se pode, em pouco tempo, reduzir o risco de desenvolvimento de Doenças Crônicas e assim ter um impacto menor dos agravos das enfermidades. Além do mais é necessário que se tenha um cuidado continuado e planejado dentro da Estratégia de Saúde da Família para garantir que se cumpra o tratamento e possamos trabalhar junto com a promoção, prevenção destas famílias. É de grande importância que esses hábitos saudáveis e alimentares sejam em conjunto com a família para que os pacientes tenham uma adesão do tratamento e acompanhamento isso inclui: privilegiar frutas, vegetais, frutos secos e cereais integrais; substituir as gorduras animais saturadas por gorduras vegetais insaturadas; reduzir as doses de alimentos salgados e doces;

- Iniciar a prática de exercício físico diário;
- Mantendo um peso normal: Índice de Massa Corporal de acordo com o seu biótipo;
- Eliminando o consumo de tabaco e álcool;
- Comida hipossódica e hipogrossa, baixo carboidratos e açúcares.

O acolhimento na e.s.f de pacientes com d.c.n.t e estudo de um caso clínico

O Ministério da Saúde realizou uma implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas que tem o objetivo de promover mudanças na atenção à saúde. A ESF Trigueiro trabalha desde o acolhimento com estes pacientes, identificados pelo programa e acentua a importância dos profissionais de saúde vinculados a Ubs para fazer acolhimento ao escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar o risco e a vulnerabilidade do enfermo e em conjunto trazer a resolutividades de suas necessidades voltado para atenção centrada e voltada na pessoa e não na enfermidade.

As diversidades são enormes no município de Cametá-PA, a Estratégia Saúde da Família Trigueiro tem uma população adstrita cadastrada na área de 4.300 habitantes, porém ao analisarmos dentro do contexto percebemos que essas famílias cadastradas, são portadores 208 pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica e 79 Diabetes Mellitus. Nesta população estima-se que pelo menos 1.299 sejam portadores de dislipidemias e uma alimentação não saudável, sedentários. Devido a baixo nível social, econômico e cultural isso vem agravando e gerando riscos maiores a saúde desta população, sendo assim as DCNT mais prevalentes no momento da ESF Trigueiro.

Diante dessa realidade observamos o caso de um paciente G.M.F masculino de 78 anos de idade, raça negra, casado com a sra. Maria. L. R, com um matrimônio a mais de 50 anos e seus 3 filhos (João primogênito de 38 anos e sua esposa com 2 filhos/ Fátima segunda filha de 35 anos solteira e 1 filho/ e o filho Joaquim de 33 anos solteiro etilista crônico) todos vivem dentro de uma casa de madeira com alvenaria, com 3 quartos, 1 banheiro, 1 cozinha e sala, vivem da aposentadoria e auxílio pescador e demais com trabalham aleatoriamente. O Sr. G.M tem antecedentes de HAS, com tratamento medicamentoso classe dos antagonistas dos receptores da angiotensina (ARAs), (LOSARTANA POTASSÍCA 50MG – 12/12HS), tratamento este que não faz uso correto, dislipidemia e Diabetes Mellitus 2 com tratamento medicamentoso Glibenclamida 5mg – 3cp/dia, geralmente comparece as consultas de acompanhamento de maneira regular, porém apresenta por diversas vezes descompensamento da DM e HAS devido a maneira como segue o tratamento medicamentoso incorreto e alimentação inadequada, chegando com sintomas e sinais que podem ser agravados com o passar do tempo devido a família (filhos) não ter a

consciência da patologia enfrentada. A última CM na ESF Trigueiro realizada pelo paciente (05/11/2016) foi convidado um familiar responsável para que pudesse acompanhar na próxima consulta e ouvir as instruções e orientações indicadas para que pudessem realizar e seguir o manejo de acordo planejado e almejado pela equipe médica.

CASO CLÍNICO: UBS TRIGUEIRO – CAMETÁ-PA

Identificação Nome: G.M.F Idade: 78 Sexo: Masculino. Escolaridade: Ensino fundamental incompleto Estado civil: Casado / Profissão: Aposentado Naturalidade: Cametá / PA

QUEIXA PRINCIPAL: Renovar receita e dor MI (Dia 02.03.17). Losartana potássica 50mg – 1cp de 12/12hrs e Glibenclamida 5mg – 3cp dia

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL: 1ª Consulta Médica do ano no dia 02/03/2017 Paciente relata vem apresentando quadro clínico de polaciúria, nicturia e polifagia +/- 10 dias, além do mais refere não estar em tratamento clínico com uso contínuo de Glibenclamida devido não ter mais comprimidos em casa, e não foi possível comprar até o momento, devido problemas financeiros e que as vezes tem esquecido dos horários. Além disso refere adormecimento em MI associado a câimbras.

Interrogatório sintomatológico:

Sintomas Gerais: normocorada e eupneico, Perda ponderal (+/- 3 kg em 1 mês); Peso Anterior: 82kg – Altura: 1,68cm - IMC: acima do peso (25-29,9). Cabeça e Pescoço: Nega cefaleia e outras queixas; Tórax: Sem alterações, nega tosse, dificuldade respiratória; Abdome: Globoso, ligeira pirose; sem outras alterações Sistema Geniturinário: Polaciúria, Nicturia, nega disúria; Sistema endócrino: nega alterações; Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: sem alterações com pulso pédio normal; Sistema nervoso sem alterações.

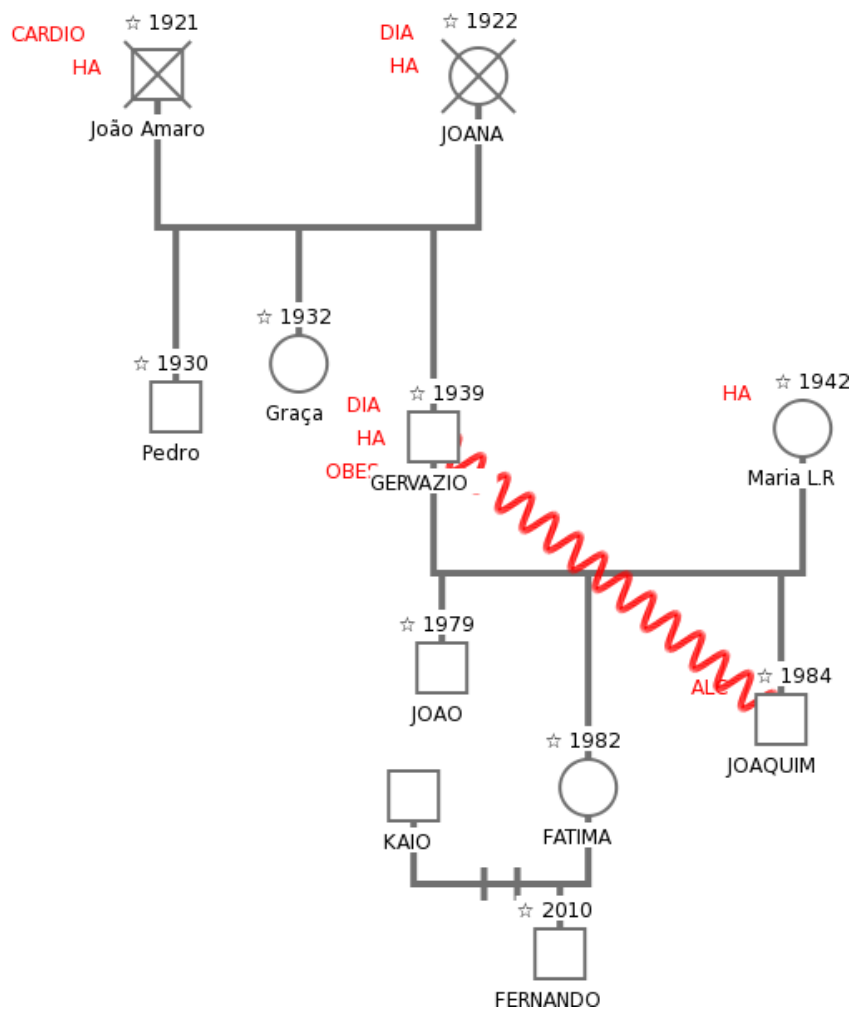
ANTECEDENTES PESSOAIS:

Patológicos: Doenças da infância: Malária e Dengue Hipertensão Arterial Sistêmica Diabetes Mellitus tipo 2

Antecedentes Familiares: Pai falecido: Infarto Miocárdio; HAS

Mãe falecida: tinha APP de HAS e Diabetes Mellitus tipo 2 Irmã: Hipertensa e Diabetes Mellitus

GENOGRAMA



Condições de Vida

Alimentação: Predominantemente carboidrato, consumo excessivo de farinhas juntamente com o Açaí nas principais refeições e pouca frutas e verduras.

Habitação: morando com a esposa dona Maria L.R e a filha do meio Fátima, que é mãe solteira e tem 1 filho de 7 anos e o filho Joaquim que é etilista crônico, todos vivem em uma casa mista (madeira e alvenaria), com 3 quartos, 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro, água encanada, porém não existe saneamento básico.

História ocupacional: Trabalhou por 50 anos como pescador e lavrador na agricultura. **Atividades físicas:** Sedentário. **Vícios:** Foi tabagista por 30 anos mais no momento ex-fumador. **Condições socioeconômicas:** a renda familiar é de três salários mínimo (sendo aposentadoria do sr. G.M.F e da sra. M.L.R e da filha que trabalha);

EXAME FÍSICO

Somatoscopia: Paciente em regular estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, fâcies normal, fala e linguagem típica, biótipo normolíneo, atitude voluntária, mucosa normocorada, anictérico, acianótico, hidratado, afebril ao toque.

Sinais Vitais: Temperatura: 36,5°C; PA: 170x100 mmHg; FC: 72 bpm; FR: 18 rpm. **Medidas Antropométricas:** Peso: 79kg, Altura: 1,67 cm. CA: 104cm **Medida de Glicose capilar:** 250mg/dl **Estado Nutricional:** IMC (Índice de Massa Corporal): 28,32 (Sobre Peso). **Cabeça e pescoço:** Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonodomegalia retro auricular e cervical, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho preservados, orofaringe sem sinais inflamatórios.

Tórax: **Inspeção:** tórax típico, simétrico; respiração torácica, eupneica, amplitude normal, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem; **Palpação:** expansibilidade normal; frêmito tóraco-vocal sem alterações; **Percussão:** sem alterações; **Ausculta pulmonar:** Murmúrio Vesicular (+), sem Ruídos Agregados; **Ausculta cardiovascular:** Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos.

Abdome: **Inspeção:** Globoso, cicatriz umbilical centralizada, ausência de circulação colateral. **Ausculta:** Ruídos Hidroaéreos normais; **Percussão:** timpânico, espaço de traube livre; **Palpação:** indolor a palpação profunda e superficial, com ausência de visceromegalias e/ou massas. **Extremidades Simétricas,** sem presença de edema, ausência de vasos dilatados.

Hipótese diagnóstica: Hipertensão Arterial descompensada Diabetes Mellitus tipo 2 descompensada

Conduta Terapêutica:

- LOSARTANA POTÁSSICA 50MG – 1CP DE 12/12HRS
- SINVASTATIVA 20MG – 1CP AO DEITAR
- GLIBENCLAMIDA 5MG – 3CP DIA
- ÔMEGA 3 1000MG – 2 CP JUNTO COM AS REFEIÇÕES

Conduta não Medicamentosa:

- Mudança no Estilo de vida:
- Controle do Peso
- Alimentação equilibrada (hipossódica, hipogrossa, baixo carboidratos e açúcares)
- Realizar atividade física (sugestão de exercício como a caminhada leve em períodos pela manhã acompanhado de um familiar com duração de 30 minutos diários durante a 5 dias na semana)
- Evitar substâncias como álcool
- Conduta Diagnóstica:
- Análises laboratoriais (Hb, hto, glicose jejum, hemoglobina glicada, ureia, creatinina, lipidograma, ácido úrico, látex, Aslo, Eas, EPP).
- Obs.: Retorno Consulta médica em 30 dias para avaliação e seguimento como presença de familiar.

EVOLUÇÃO

Segunda Consulta (Dia 08/03/2017): Paciente com bom estado geral, refere que está melhor, não apresenta dores nos MI e câimbras no momento, realizando suas necessidades fisiológicas normais, com o sono tranquilo, se alimentando bem refere que incluiu verduras na alimentação e diminuiu a ingestão de farinhas. Relata que o filho mais novo dá muito trabalho com a bebida e necessita de ajuda, ademais

está tendo mais ajuda da filha com o horário dos medicamentos e por isso não esqueceu mais de fazer o uso, e que sente uma grande melhoria. No dia 08/03/2017 retorna à consulta com os seguintes dados da triagem: PA: 130/80 mmHg; Peso: 78.800 kg; Apresenta exames laboratoriais:

- Hemoglobina:13 Hto:40%
- Glicemia Jejum: 140mg/dl;
- Hemoglobina Glicada:7.5%
- Colesterol Total: 270mg/dl;
- Triglicerídeos:190mg
- Ácido Úrico: 6.2
- Látex e FR: Negativo
- EAS: S/A;

Conduta: Renovar medicamentos de HAS e DM e encaminhar paciente para avaliação e seguimento com nutricionista para controle do peso e alimentação juntamente com as Orientações Gerais.

PLANO

Realizar visita domiciliar juntamente com a equipe sendo o enfermeiro e agente de saúde para Atualização do Cadastro do ESUS/AB e observar a convivência familiar e realizar acolhimento ao filho Joaquim para realizar uma consulta médica e acompanhamento através de grupos de apoio como o AA e ofertar a promoção de saúde no dia a dia da família com uma boa alimentação, e medidas preventivas como a Dengue e demais enfermidades.

Foi agendado retorno para consulta com enfermeiro para avaliação dos demais indivíduos da casa.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A promoção de saúde deve ser trabalhada no dia a dia com todo indivíduo, independentemente do local onde esteja. Na E.S.F Trigueiro de certa forma venho tentando trabalhar este aspecto com a equipe e população, uma vez que não existe um lugar específico ou pessoa para realizar a promoção e prevenção de doenças, uma vez que todos somos susceptíveis e vulneráveis se não tivermos a informação adequada.

Infelizmente na unidade de saúde existe alguns aspectos que precisam ser melhorados em quanto a organização do processo de trabalho, para que possamos realizar com efetividade tais ações principalmente quanto a pré-natal, puericultura e saúde mental.

A população tinha o costume e cultura de procurar as unidades de saúde somente quando tinha algo agudo, e de preferência ser atendido no exato momento, ou renovar receitas específicas de medicamentos, isso gerava certos conflitos, uma vez que a E.S.F está ali para melhorar a qualidade de vida e prevenir que a doença se instale, portanto, começamos uma reorganização dentro da unidade em quanto aos atendimentos individuais, grupo específicos de Saúde Mental, Hipertensão, Puericultura, Pré-natal.

A reorganização do processo de trabalho ajudou bastante, devido que o dia específico para cada grupo facilitou o agendamento de consultas para avaliação e seguimento desses pacientes, hoje contamos com um grupo de Hipertensos e diabéticos que avaliamos em um dia específico mensalmente, onde abordamos temas referente ao dia a dia deles como alimentação, cuidados diários, prevenção de acidentes na casa, vacinação, exercícios para ser realizados, realização de medidas de TA e Glicose no dia, enfim uma estratégia de melhorar auto estima e conhecimentos da saúde.

De acordo com a nossa agenda semanal também foi possível colocar um dia para atendimento específico de pacientes com Saúde Mental, uma vez que estes pacientes tinha o tratamento realizado por um Centro de Referência Ângelo Correa no município, e não tínhamos o acompanhamento e as vezes nem o conhecimento de quantos pacientes tínhamos em nossa área adscrita com tal diagnóstico. Portanto houve uma descentralização de tal pacientes e aos poucos vamos estabelecendo o

contato com as famílias e pacientes, porém existe ainda uma barreira que sempre temos que enfrentar, devido que os familiares sempre comparecem a Ubs com a prescrição dos medicamentos na receita querendo a renovação, sem o paciente realizar uma consulta a mais de 6 meses, e até mesmo exames de rotina e avaliação do quadro clínico, o desafio está sendo grande tentar trazer os mesmos, para o seguimento ambulatorial na UBS, mas com todo cuidado mostramos as vantagens de se ter uma consulta programada para esta avaliação.

A nossa UBS está localizada perto de um Centro de Saúde da Mulher e da Criança(CRISMIC), portanto o desafio de realizar o pré-natal e a puericultura na unidade é muito grande, uma vez que os casos de baixo deveriam ser atendido e acompanhados por nossa equipe, porém como existe uma grande falha de organização de fluxograma no CRISMIC e da Atenção Básica do Município em não atender os protocolos do Ministério da Saúde onde faz referência de que baixo risco deverá ser na UNIDADE BASICA DE SAÚDE de acordo com sua localidade. De certa forma gerando assim a perda desta usuária em nossa unidade para realização do acompanhamento, no Caderno de Atenção Básica 32 (pré-natal de baixo risco) refere que o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Sabemos que hoje o principal indicador do prognóstico ao nascimento está relacionado a um bom acesso à assistência pré-natal, e a unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde.

Sendo o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez, portanto adotamos em nossa E.S.F Trigueiro em consultas de enfermagens e médicas uma assistência pré-natal efetiva, onde procuramos garantir:

A assistência pré-natal na unidade de saúde e nas diversas ações comunitárias;

identificando precocemente as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal início se dê ainda no 1º trimestre da gravidez, objetivando intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas e/ou terapêuticas Acolhimento imediato e garantia de atendimento a todos

os recém-natos e as gestantes e puérperas que procurarem a unidade de saúde; Realização do cadastro da gestante, após confirmada a gravidez, e a ficha de cadastramento do SisPreNatal ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados, fornecendo e preenchendo o Cartão da Gestante;

Classificação do risco gestacional (em toda consulta) e encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica; Acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo), acompanhando-as tanto nas unidades de saúde quanto em seus domicílios, bem como em reuniões comunitárias, até o momento do pré-parto/parto, objetivando seu encaminhamento oportuno ao centro obstétrico, a fim de evitar sofrimento fetal por pós-dantismo. Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea; Realização de anamnese, exame físico e exames complementares indicados; Imunização antitetânica e para hepatite B; Oferta de medicamentos necessários (inclusive sulfato ferroso, para tratamento e profilaxia de anemia, e ácido fólico, com uso recomendado desde o período pré-concepcional e durante o primeiro trimestre de gestação); Realização de práticas educativas, abordando principalmente: (a) o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida; Visita domiciliar às gestantes e puérperas, principalmente no último mês de gestação e na primeira semana após o parto, com o objetivo de monitorar a mulher e a criança, orientar cuidados adequados, identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários; Busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto.

Portanto a UBS Trigueiro tem um papel fundamental para estes usuários para que seja a porta de entrada e contínua para realizarem os seguimentos de suas patologias.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Segundo a Organização Mundial da Saúde define-se a Assistência Domiciliar como “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos”. As mudanças e potencialização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família tem repercutido diretamente na assistência domiciliar, que passou de uma assistência pontual, a um processo de atenção continuado, integral e multidisciplinar no qual se realizam funções e tarefas sanitárias, assistenciais e sociais, dentro da lógica da vigilância à saúde.

Apesar de todas mudanças e necessidades ainda existem grandes dificuldades tanto na organização e operacionalização, quanto na destinação de recursos humanos e materiais para um adequado desenvolvimento da assistência domiciliar no município de Cametá-PA uma vez que não possuímos apoio logísticos para transporte e deslocamento em algumas áreas mais distantes, o que dificulta um seguimento contínuo do acompanhamento destes pacientes.

Na equipe E.S.F Trigueiro antes da minha chegada não realizava visitas domiciliares médicas, devido que o profissional anterior não disponibilizava um tempo regular na agenda semanal, foi a partir desta visão que nos reunimos em equipe e elaboramos uma agenda semanal com disponibilidade em um dia na semana (quintas-feiras) pelo período da manhã a visita domiciliar. Sabemos que no âmbito da assistência domiciliar se deve prestar atenção para qualquer tipo de enfermo, sejam crianças, adultos ou idosos, porém ao implanta-la tentamos priorizar os grupos mais vulneráveis, com características em idade avançada, doenças crônicas e evolutivas, dependência física ou psíquica, situações especiais como acamados, portadores de sequelas de AVC, etc...

O processo de assistência domiciliar é complexo, uma vez que não é específico de uma patologia concreta, nem de nenhum grupo de idade, sendo que sua indicação vem determinada pelo grau de necessidade e/ou incapacidade do enfermo, por isso as vezes fica difícil em realizar uma agenda fechada e determinar qual paciente

realizar visita neste momento, portanto os ACS que tem um convívio mais de perto com estes pacientes geralmente fazem a solicitação de acordo com a necessidade de sua saúde dando preferência aos casos agudos e descompensação de sua patologia.

Geralmente uma vez na semana realizamos a reunião em equipe e discutimos os casos a serem visitados na semana posterior, e agendados para que a equipe e ACS, Técnica de enfermagem já tenha conhecimento de qual família e lugar que será realizada a visita domiciliar da semana.

A participação ativa das pessoas, famílias e profissionais envolvidos na assistência domiciliar constitui um aspecto fundamental para a implementação de uma assistência domiciliar que se caracterize pela integralidade, universalidade e equidade de suas ações, uma vez que esses familiares estão todos os dias com estes pacientes e nos podem transmitir todas as informações necessárias para tomar uma conduta terapêutica se for necessário e claro na melhoria da qualidade de vida destes pacientes que por diversas vezes são idosos, quanto aos profissionais da rede de Atenção Básica também temos grandes desafios a serem vencidos, pois não é de rotina por exemplo termos visitas de fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e até psicólogos no ambiente domiciliar realizando estes acompanhamentos, segundo a gestão seria por falta de profissionais no município, então de certa forma estes pacientes somente tem uma atenção restrita a sua equipe de saúde da E.S.F e a avaliação destes outros profissionais continua sem seguimento.

As visitas domiciliares são realizadas com os ACS e Técnica de Enfermagem no período da manhã, ao chegarmos na casa de um paciente masc. de 87 anos, cadeirante e HAS, solicitamos a presença do cuidador e familiar mais próximo, desde já sabíamos que era uma família vulnerável, por viver mais de 10 pessoas no ambiente com poucos cômodos, nos deparamos com uma situação desagradável, que tristemente o odor do ambiente era insuportável a tal ponto de nos restringir a um cômodo da casa, o ambiente não era adequado ao paciente, possuía diversas restrições no local o que dificultava sua locomoção e propiciando a quedas, caídas por acidentes domésticos, ambiente não arejado, limpeza e higiene inadequadas, ao observar a alimentação nos deparamos com uma geladeira vazia sem frutas, legumes, verduras necessária para refeição e ainda o mais difícil de tudo o paciente ser totalmente dependente de um cuidador e está com sem a higiene pessoal adequada.

O difícil de tudo isso é você realizar todas as orientações pertinentes ao estado de saúde destes pacientes crônicos como nos casos de HAS e DM , e que possuem

comorbidades como dislipidemia associada, que é de suma importância realizarem um equilíbrio na alimentação associada ao exercício como uma leve caminhada e ao realizar a visita você vê que os familiares e o próprio paciente não leva em conta suas orientações, por isso é necessário trabalhar não somente a questão do paciente em si, mais também os familiares para que possam ser educados de acordo com a patologia e terem a informação adequada.

A realização de procedimentos mais utilizada nas visitas é a aferição da pressão arterial e da glicemia capilar em diabéticos. Quando há necessidade de exames laboratoriais, solicito e deixo com o familiar para estarem indo até a Regulação da Secretaria de saúde e agendando de acordo com a data disponível, o ACS fica responsável de saber quando estiver pronto os exames, realizar o retorno para avaliação médica e realizarmos a conduta terapêutica necessária. Em geral a assistência domiciliar pressupõe a participação ativa dos familiares no processo de cuidar da pessoa assistida, portanto, responsabilidades devem ser estabelecidas entre todos os envolvidos para que os objetivos propostos sejam alcançados.

De certa forma a VD constitui um vínculo maior com o paciente e familiares, tornam as visitas gratificantes o contato entre a equipe e o ambiente domiciliar, além do mais pode estimular que as intervenções e orientações surtem o efeito esperado na melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

As reflexões sobre o trabalho em equipe na E.S.F Trigueiro por este período em que participo no curso de especialização, evidenciaram algumas falhas no âmbito organizacional e operacional e até mesmo falta de clareza, por parte de alguns profissionais de saúde, em discernirem o núcleo e campo de competência, principalmente no que concerne à realização de acompanhamento de grupos crônicos e vulneráveis. Temos grandes desafios a serem explorados e vencidos como equipe, porém não podemos permanecer paralisados sem buscar informações e melhorias em nosso aprendizado.

A partir do momento em que temos o conhecimento e o objetivo e uma equipe de saúde que está disposta a trabalhar para que colocarmos em prática, como por exemplo, foi possível realizar as mudanças, como médica na ESF Trigueiro pude realizar um planejamento da Agenda Semanal e incluir os programas como Saúde Mental, Hiperdia, Pré-natal, Saúde da criança, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Visitas Domiciliares, um acompanhamento contínuo, integral e longitudinal para essa comunidade.

E interessante você observar como a equipe trabalhava sem um planejamento de ações e a partir do momento que passamos a nos reunir como equipe desde ACS, Enfermeiro, técnico administrativo, técnico de enfermagem e médica, uma vez na semana e discutíamos os casos mais agudos, vulneráveis e até mesmo a organização da unidade e buscando estratégias e soluções para as dificuldades apresentadas, percebemos um aumento na qualidade do atendimento e assiduidade destes pacientes. Outro detalhe que friso com a equipe é ter cuidado com o prontuário clínico dos pacientes, pois ali está a verdadeira identidade do paciente, antes nestes documentos os profissionais não usavam ao meu ver de maneira adequada colocando as informações necessárias da consulta médica, como é de suma importância o registro do SOAP onde descreve a situação real e de forma sucinta.

Em geral as mudanças as vezes são necessárias em nós como seres humanos, para alcançarmos nossos objetivos, o curso de pós-graduação em Especialização Saúde da Família veio para mostrar que como profissional é necessário está aberto e acolher de forma individual cada paciente e suas particularidades para que possamos tomar a conduta mais adequada, em cada etapa do curso na teoria discutida foi tentado colocar na prática e vivenciar no dia a dia da nossa comunidade.

REFERÊNCIAS

Impacto da DC na família. Disponível em: <http://www.psicologia4u.com/o-impacto-da-doenca-cronica-na-familia/> Acesso em: 10/03/2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Plano de estratégias e ações. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742011000400002&script=sci_artt_ext&tIng=en acesso em: 16/03/2017.

Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco - Disponível em: http://www.rbconline.org.br/wpcontent/uploads/Art_52_RBC_27_1_Catia_Agnollo_Artigo_Original.pdf – Acesso dia 23/04/2017.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária de Saúde – Porto Alegre 2003. Disponível em: <http://solidario.xpg.uol.com.br/down/cuidadorprof.pdf>. Acesso em: 15/06/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Acesso em:15/06/2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar vol01/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em:19/06/2017.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

UÉDAMA AIRAM P. DA SILVA

**O IMPACTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E O ESTILO DE VIDA DOS PACIENTES
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE TRIGUEIRO**

BELÉM-PA

2017

RESUMO

Sabemos que as parasitoses intestinais é um grande problema da saúde pública, e principalmente no estado de Pará onde possui diversas Ilhas e cidades interiores que não possui saneamento básico e com baixa escolaridade, tendo em vista que as suas formas de contaminação, que muitas vezes estão ligadas justamente à essa falta de saneamento básico. As crianças são os principais alvos por essas parasitoses, que por diversas vezes estão em lugares propícios para essas infecções como a creche - escolas, o ambiente da própria casa com super lotação de pessoas vivendo sobre o mesmo teto, partindo do princípio de que são lugares que possuem grande quantidade de pessoas em ambientes fechados e com alto contato inter- humano. É necessário realizarmos uma busca ativa dessas crianças de 3 a 12 anos da UBS- Trigueiro cadastrados para identificar os agravos dessa patologia e trabalhar a conscientização da população a respeito das formas de contaminação, tratamento e profilaxia dessas doenças. Portanto o presente trabalho visa relacionar a incidência de parasitoses intestinais com a falta de informação da população, higiene e os agravos na saúde da criança, e enfatizar a importância das informações a respeito de formas de contágio, profilaxia, diagnóstico e tratamento dessas doenças.

Palavras-chaves: parasitoses intestinais, saneamento básico, educação sanitária.

1. INTRODUÇÃO

Ainda que, nas últimas décadas, o Brasil tenha passado por modificações que melhoraram a qualidade de vida de sua população, as parasitoses intestinais ainda são endêmicas em diversas áreas do país, constituindo um problema relevante de Saúde Pública, está dentre os países com maior decorrência deste tipo de doenças devido à falta de saneamento básico. São poucos e dispersos os estudos sobre a prevalência de enteroparasitoses em nosso meio, sendo a maioria deles realizada em amostras de bases populacionais mal definidas, como usuários de serviços de saúde, alunos de escolas públicas e comunidades urbanas carentes (FERREIRA et al, 2000, apud FERREIRA et al, 1994). Atualmente a prevalência na região de Cametá-PA é subestimada, já que a região Norte do Pará como um todo possui uma enorme dificuldade com o saneamento básico.

Segundo dados da 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 (SANTOS et al, 2006). As parasitoses intestinais contribuem para a morbidade e mortalidade de pessoas em todo mundo, principalmente em países em desenvolvimento que infecções intestinais causadas por helmintos e protozoários afetem 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 dessas infecções por parasitos intestinais na população infantil, é um dos melhores indicadores do status atual socioeconômico de uma população que por definição está 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.

Grande parte dessas complicações poderia ser evitada se as investigações parasitológicas não fossem tão negligenciadas em nosso meio, além de medidas prevenção e de promoção de saúde. O presente estudo de intervenção e a escolha do tema teve como justificativa um aspecto importante, a gravidade que assume as

parasitoses intestinais na infância, principalmente no interior da região Norte (Cametá-PA).

PROBLEMA: Os agravos nutricionais das parasitoses intestinais nas crianças de idade entre 3-12 anos, identificados na Unidade Básica de Saúde Trigueiro.

JUSTIFICATIVA: Na área adstrita da Unidade Básica de Saúde Trigueiro possui 4.500 usuários cadastrados sendo que 980 estão na faixa etária de 3 a 12 anos. Nesta população estima-se que pelo menos 686 sejam portadores de parasitoses intestinais ou seja 70% desta população. O nosso maior problema é a conscientização da família sobre os aspectos da higiene sanitária e a consequência do não acompanhamento e medicação adequada para a prevenção dos agravos como anemia, dermatofitose, pouco ganho de peso.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Acompanhar pacientes com Parasitoses Intestinais na faixa etária de 3-12 anos, e identificar os agravos nutricionais relacionados, cadastrados na Unidade de Saúde Trigueiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os pacientes com parasitoses intestinais, identificados na faixa etária de 3-12 anos com deficiência nutricional.
- Acompanhar os pacientes identificados, disponibilizando acesso ao atendimento pelo menos 3 vezes ao ano com a equipe de multidisciplinar da UBS e acompanhamento com a nutricionista.
- Monitorar as consultas de manutenção agendadas para a equipe da ESF Trigueiro.
- Reduzir os riscos de agravos como a desnutrição infantil e retardo no crescimento, sensibilizando os pais com a necessidade de modificar hábitos de vida para melhorar sua saúde.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Parasitoses intestinais: Segundo CORRÊA NETO, (1990), as parasitoses intestinais e a esquistossomose infelizmente ainda são problemas muito comuns no Brasil e em outros países onde as baixas condições sanitárias e a má educação sanitária são constantes.

As parasitoses intestinais ocorrem principalmente em regiões menos desenvolvidas. A ocorrência de parasitoses, com sua prevalência varia de acordo com clima, condições socioeconômicas, educacionais e sanitárias da região. Nos países em desenvolvimento, elas podem chegar a índice de 90%, aumentando à medida que piora o nível socioeconômico. Há indicadores de diminuição da prevalência de parasitoses intestinais à medida que aumenta o número de ligações de água e esgoto (LUDWIG et al, 1999, CARVALHO et al, 2002).

Os autores HAYASHI (1981); OGUNMEKAN, (1983) refere que vários pesquisadores têm destacado o papel de ações educativas, como parte do processo de intervenção no controle de helmintíases intestinais. Desde que conduzidas de forma concreta, se constituem em instrumento facilitador de participação da população.

As enteroparasitoses podem causar a desnutrição, do mesmo modo que a desnutrição pode facilitar a ocorrência de infecções por enteroparasitoses (NESTLÉ, 1999; BRITO et al., 2003).

Dentre os sintomas as náuseas e vômitos são uma das principais causas de morte de crianças, sintomas esses, muitas vezes causados por enteroparasitoses e agravados pela desnutrição.

Sendo a desnutrição um problema que acarreta uma série de alterações orgânicas, muitas delas graves, essa constitui uma das principais causas de morte infantil em nosso país (STRUFALDI et al., 2003).

São várias as protozooses e helmintíases intestinais de importância no Brasil, como: amebíase, balantidíase, tricomoníase, esquistossomose, teníase, ancilostomíase, ascaridíase, enterobíase e estrogiloidíase (EVANGELISTA, 1992; ROCHA et al, 2000; GIRALDI et al, 2001).

Esquistossomoses e os principais parasitos intestinais. *Ancilostoma duodenale* e *Necator americanus* Segundo FERNANDES, (2006) Os nematódes *A. duodenale* e *N. americanus* são responsáveis pela Ancilostomíase, uma parasitose intestinal. De acordo com MELO et al (2004) é comum em indivíduos sintomáticos, na fase aguda: dermatite larvária, pneumonite larvária, epigastralgia, náuseas, vômitos, flatulência, diarreia. Na fase crônica pode ocorrer anemia ferropriva, anorexia, fraqueza, cefaleia, sopro cardíaco, palpitações.

Trichuris trichiura: É o agente causador da Tricuríase ou Tricocefalíase (MELO et al, 2004). O homem se contamina ao fazer a ingestão de ovos embrionados, cujas larvas escapam da casca, na porção superior do intestino delgado, penetram nas vilosidades intestinais, permanecem aí por cerca de três a dez dias.

De acordo com COSTA E SILVA; ALBUQUERQUE (2007) geralmente a infecção é assintomática ou acompanhada de manifestações leves. Em casos de subnutrição (TEIXEIRA; HELLER, 2006) ou desnutrição a infecção poderá ser mais grave, comprometendo o intestino grosso, do ceco ao reto. Os sintomas são: distensão abdominal, disenteria crônica, anemia ferropriva e desnutrição protéico-energética.

Giardia lamblia: *Giardia* spp. são protozoários flagelados que parasitam o intestino de mamíferos, aves, répteis e anfíbios (ADAM, 1991). Sua transmissão é fecal-oral e também pode ser considerada um grande problema na transmissão pessoa-pessoa, principalmente entre os escolares.

O agente etiológico da giardíase é a *Giardia lamblia*, um protozoário que de acordo com ADAM (1991) apresenta duas formas evolutivas: o trofozoíto e o cisto. A transmissão ocorre quando há a ingestão de água contaminada com fezes contendo o cisto, e com menor frequência, por alimentos contaminados pelas fezes (SOGAYAR; GUIMARÃES, 2005). A giardíase consiste numa doença diarreica (ADAM, 1991); nas infecções sintomáticas apresenta um quadro de diarreia crônica, esteatorréia, cólicas abdominais, sensação de distensão, podendo levar a perda de peso, diminuição na absorção de nutrientes e desidratação.

5.2.4. *Entamoeba histolytica* / *Entamoeba* díspar A *E. histolytica* é um protozoário intestinal, agente etiológico da amebíase, que é uma parasitose responsável por mais de 100.000 mortes a cada ano e que constitui a segunda causa principal de morte devido a protozoários, depois da malária

(DELIALIOGLU et al, 2008, apud WHO, 1997). A transmissão ao homem ocorre através do consumo de alimentos ou água contaminados por fezes com cistos, que pode ser decorrente da falta de higiene domiciliar e, também, da manipulação de alimentos por portadores desse protozoário. As formas clínicas descritas são: colite, ameboma e a amebíase extra intestinal.

Ascaris lumbricoides: Este nematelminto, vulgarmente denominado lombriga, é responsável pela Ascariíase uma parasitose intestinal que acomete cerca de um quarto da população mundial. A principal forma de transmissão desta parasitose é a ingestão de água e alimentos contaminados com os ovos do parasito, além do hábito de levar a mão e objetos sujos à boca, ou mesmo a prática da geofagia. (MELO et al, 2004).

A infecção pode ser assintomática, porém quando os sintomas ocorrem podem ser devido a uma infecção mais numerosa de vermes ou larvas. O verme adulto provoca manifestações clínicas inespecíficas, como desconforto e cólicas abdominais, náuseas e carências nutricionais (SILVA; BUNDI, 1997), tal como a deficiência de ferro (TEIXEIRA; HELLER, 2006). A principal complicação é a oclusão intestinal (TEIXEIRA; HELLER, 2006), e ocorre normalmente na válvula íleo-cecal que, ocasionalmente, perfura e origina a peritonite (NETO et al, 2006).

4. METODOLOGIA

O presente estudo será realizado no município de Cametá -PA, sendo uma cidade histórica e localizada norte do Brasil, situa-se à margem esquerda do Rio Tocantins, num território habitado antigamente pelos índios caamutás e outras tribos tupinambás. Tem um IDH 0,577 baixo, o município conta com população estimada em 2010 era de 129 904 habitantes (IBGE, 2003) é atendida pelo programa Saúde da Família, do Sistema Único de Saúde e será realizado no período de outubro a março de 2017. Trata-se de um estudo Clínico Intervencional, onde buscaremos estudar os pacientes com a faixa etária de 3 – 12 anos em ambos sexos com suspeita do diagnóstico de Parasitoses Intestinais e realizarmos a classificação de risco para doenças nutricionais, buscando modificar a médio prazo os agravos destes pacientes.

Utilizando o Sistema de Informações do ESUS-Cadastro Individual serão identificados os pacientes mais vulneráveis do programa Bolsa Família, já cadastrado através do Agente de Comunidade de Saúde divididos nas 10 micros áreas de vigilância.

Cada Agente de Saúde em suas micros áreas de vigilância deverão fazer retirada do prontuário de 10 pacientes identificados de maior risco em sua área, e convidá-los para participarem da Consulta Coletiva, onde realizaremos o peso, medição da altura, Vacinação e indicação de Análises laboratoriais (EAS, EPF, HEMOGRAMA, TGO, TGP) e com retorno a consulta médica em 2 meses com o mesmo grupo de pacientes. A nossa equipe de Consulta Coletiva, 1 médica, 1 enfermeira, 2 Téc./Aux. Enfermagem, 9 Agente Comunitário de Saúde(ACS), 1 Nutricionista. Os pais e responsáveis serão orientados sobre a importância dos exames e os cuidados a serem observados durante a colheita do material, os exames serão realizados pela Secretaria Municipal de Saúde e os mesmos são devolvidos aos pais e/ou responsáveis, por intermédio da Laboratório Central.

Os pacientes deverão retornar a um encontro que será realizado na UBS-Trigueiro, a fim de receberem orientação sobre a prevenção contra enteroparasitoses, bem como a medicação para tratamento da criança. Será coletado os dados e serão armazenados, em um livro para controle, e a partir desses dados elaborar uma tabela no programa do Excel com o número de protocolo, sexo e idade, peso e o resultado

do exame e a partir dela analisar os resultados, através do programa e cada uma dessas variáveis será cruzadas a fim de se obter novos dados e gerar as informações que serão analisadas através de gráficos e tabelas.

5. CRONOGRAMA

ATIVIDADE								
	Out/2016	Nov/2016	Dez/2016	Jan/2017	Feb/2017	Març/2017	Abril/2017	Maio/2017
1-Capacitação dos ACS para busca ativa	X							
2-Retirada de Prontuários de crianças de 3-12anos	X							
3-Visita domiciliar convocando para consulta médica/enfermagem			X					
4- consulta Médica/enfermagem (avaliação nutricional/análises laboratoriais)			X					
5-Realização de Análises Laboratoriais				X				
6- Retorno para Consulta e avaliação dos resultados/Plano Terapêutico					X	X		
7-Cruzamento dos dados e gerar as planilhas e observar a prevalência						X	X	

8- Convocar as crianças para retorno e reavaliação pós tto.								X
---	--	--	--	--	--	--	--	---

6. RECURSOS NECESSARIOS

6.1 Recursos Humanos

Equipe de saúde da família, composta por 2 agente administrativo, 9 agentes comunitários, 2 técnicas de enfermagem, 1 enfermeira, 1 nutricionista, 1 médica clínica geral.

6.2 Recursos Materiais

Item	Quantidade
Prontuários Clínicos Individual	10 de cada agente de Saúde
Computador	1
Impressora	1
Livro de Consulta	1
Receituários/requisição de análises lab.	1 bloco de cada
Balança digital	2
Fita métrica	2
Vacinas	Todas disponíveis

7. RESULTADOS ESPERADOS

Entre os resultados esperados estão a adesão a consulta médica e avaliação de 900 amostras de crianças de idade de 3-12 anos, com participação ativa dos pais, gerando a promoção, prevenção e profilaxia destes para diminuir a prevalência do parasitismo infantil e seus agravos.

Avaliação: A avaliação será realizada quando compararmos a quantidade de atendimentos realizados, com suas respectivas análises laboratoriais onde posteriormente será feita uma base de dados para realizar gráficos com a prevalência em relação à distribuição dos organismos patogênicos presentes na população estudada e a predominância de seus agravos anemia, crescimento inadequado para sua idade.

Avaliação Clínica: Os casos positivos para parasitoses serão analisados em uma consulta médica individual na Unidade Básica de Saúde Trigueiro do Município de Cametá-PA, onde em seguida submetidos a um exame físico completo por um profissional médico/enfermeira para comprovar se existe alteração no crescimento, estado nutricional através do gráfico do caderno da criança.

Avaliação laboratorial: Todos os pacientes, serão submetidos avaliação de Hemograma, dosagem de Enzimas Hepáticas (TGO,TGP), portanto identificar quais apresentam alterações para realizar o plano terapêutico de acordo com sua idade e peso.

TRATAMENTO

Medidas Gerais e Educativas: A parasitose afeta principalmente pré-escolares e escolares e tem correlação com desnutrição e com o déficit no desenvolvimento físico, psicossomático e social. A invasão do parasita ocorre através da pele (pelo contato direto com o solo/ água contaminados) e/ou pela boca (ingestão de água e/ou alimentos contaminados, perversão do apetite ou prática sexual).

Para o controle dessas doenças, é necessário mudar o comportamento da população em risco, de forma a reduzir a poluição do meio ambiente e a reinfecção da população. As medidas gerais de educação em saúde e saneamento deverão assegurar implantação de medidas gerais e individuais tais como:

- Uso de instalações sanitárias adequadas, com tratamento adequado dos

dejetos, a fim de que impeça realmente a poluição das superfícies;

- Tratamento adequado da água;
- Inspeção sanitária da carne visando reduzir o consumo de carne contaminada;
- Coibir a irrigação de hortas e pomares com água de rios e córregos, que recebam esgoto ou outras fontes de águas contaminadas;
- Impedir o acesso dos suínos/bovinos às fezes humanas ou à água e alimentos contaminados com material fecal;
- Educar a população sobre as parasitoses intestinais e suas formas de transmissão;
- Lavar bem as mãos antes de comer ou de manusear alimentos, após defecar ou após contato com terra;
- Lavar cuidadosamente frutas e legumes que serão ingeridos crus; (colocar em solução clorada ou de hipoclorito de sódio – colocar uma colher de sopa para um litro de água e deixar os alimentos por 20 minutos);
- Proteção de alimentos contra poeira, insetos ou outros animais que possam ser usados como vetor mecânico para esses parasitas;
- Uso de calçados;
- Manter as unhas aparadas rente aos dedos, para evitar acúmulo de material contaminado;
- Evitar coçar a região anal desnuda e levar as mãos à boca;
- Lavagem e cuidados adequados com a roupa íntima, toalhas de banho e roupas de cama;
- Cozinhar bem a carne de porco ou mantê-la em refrigeração a -20°C por 12 a 24 horas;
- Não entrar em águas suspeitas de contaminação.

Essas medidas gerais serão abordadas por uma palestra educativa e cada agente comunitário de saúde realizará no meio domiciliar de forma individual a promoção e educação sanitária para que possamos trabalhar integralmente com cada família. Partindo do princípio das medidas preventivas e que todos os indivíduos que participarem do inquérito coparasitológico receberão resultado, em um prazo

previsto de 30 dias do laboratório Central, onde o responsável deverá fazer a retirada do mesmo, e em seguida realizar a consulta médica agendada com o ACS para expor o resultado e começo do tratamento específico, após a sua avaliação clínica e laboratorial.

Os medicamentos serão fornecidos pela Unidade Básica de Saúde se disponível no momento de acordo com o parasito específico.

REFERÊNCIAS

CHIEFFI, P.P.; AMATO NETO, V. Vermes, verminoses e saúde pública: Ciência e Cultura. v.55, n.1, p.41-43, 2003

CIMERMAN, S.; CIMERMAN, B. Giardíase. In: VERONESI, R. Tratado de Infectologia. 3° ed.rev.atual. São Paulo: Editora Atheneu, cap.94, p-1531-1536, 2006.

COSTA E SILVA, A.E.J.; ALBUQUERQUE, S.C. Trichuris trichiura. Pediatric Radiology, Berlin, Heidelberg, 37, p.239; 2007.

NETO, I.L.A., FILHO, N.R.; FILHO, M.C. Ascaridíase. In: VERONESI, R. Tratado de Infectologia. 3° ed.rev.atual. São Paulo: Editora Atheneu, cap. 102, p.1667-1670, 2006.

NEVES, D.P. et al. Parasitologia Humana - 11°ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

SILVA, E.F., GOMES, M.A. Amebíase: Entamoeba histolytica/ Entamoeba dispar. In: NEVES, D.P. Parasitologia Humana. 11° edição. São Paulo: Editora Atheneu, cap.15, p.127-138, 2005

Prevalência de parasitoses intestinais entre crianças de 4-12 anos no Crato, Estado do Ceará – Disponível em:
<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/8539/8539>
> Acesso em 22/10/2016

Prevalência parasitoses e estado nutricional - Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30n2/13.pdf>> Acesso em 27/10/2016.

Prevenção de doenças parasitárias – Disponível em:
<<http://site.medicina.ufmg.br/observaped/prevencao-de-doencas-parasitarias/>>