

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ARIEL SAMADA BAUTA

INTERVENÇÃO E APLICABILIDADE DOS PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA
VOLTADOS NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE
DOENÇAS NA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA.

RIO BRANCO. AC

2018

ARIEL SAMADA BAUTA

INTERVENÇÃO E APLICABILIDADE DOS PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA
VOLTADOS NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE
DOENÇAS NA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado Ao
curso de Especialização em Saúde da Família da
Universidade Federal de Ciências da Saúde de

Porto Alegre

Orientador: Prof. Bruno Brunelli

RIO BRANCO. AC

2018

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO.....	04
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	07
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	12
4	VISITA DOMICILIAR NA SAÚDE DO HOMEM.....	14
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	17
6	REFERÊNCIAS.....	21
7	ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	22

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Ariel Samada Bauta, sou médico cubano formado desde o ano 2008, trabalhe na Venezuela por 3 anos como médico diplomado em terapia intensiva. Depois me formei em Cuba como especialista em medicina familiar chamada lá como Medicina General Integral. No ano 2016 vim para Brasil a participar do projeto Mais Médicos para o Brasil.

Desde Agosto cheguei ao município Manoel Urbano, estado Acre. Estou desenvolvendo meu trabalho na UBS Josefa Nunes na PSF III. Minha população é da zona rural e nosso posto fica na cidade mesma devido a que não temos local inserida na área de abrangência. Isso provoca muitas vezes dificuldades para levar à prática todos os programas do SUS e cumprir com os atributos da APS embora de que fazemos todo nosso esforço par conseguir nossas metas.

Manoel Urbano originou-se do seringal Colocação Tabocal, depois seu nome mudou para Vila Castelo, devido ao navio Castelo que ficou encalhado no [rio Purus](#), durante um período de seca, aguardando a cheia do rio para regressar ao porto de Belém. O Município de Manoel Urbano foi fundado a 1º de março de 1963, alcançando sua autonomia através da lei nº 588 de 14 de maio de 1976. A localidade foi desmembrada do município de Sena Madureira e recebeu o nome de Manoel Urbano em homenagem a um dos primeiros exploradores do rio Purus, [Manuel Urbano da Encarnação](#).

Sua população é de 7981 habitantes e sua área é de cerca de 9 387 [km²](#) (0,8 hab./km²). Limita-se ao norte com o [Amazonas](#), ao sul e a leste com o município de [Sena Madureira](#), a oeste com o município de [Santa Rosa do Purus](#), a noroeste com o município de [Feijó](#) e a sudoeste com o [Peru](#).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi instituído em 09/12/2015 e tem como presidente Hermenso Stenio Nogueiro de Almeida. O CMS tem atualmente 12 membros titulares, sendo 12 suplentes usuários, 50% representantes dos trabalhadores em saúde, 25% dos prestadores de serviço e 25% dos gestores.

O nome do prefeito municipal é Jose Altanizio Taumaturgo Sá

A Câmara de Vereadores é composta por 9 vereadores.

Quanto à economia, é baseada principalmente na agricultura e na indústria madeireira. O município tem 2.6% de desempregados. A maior empresa da cidade é Agrocortex Madeiras do Acre, que trabalha no ramo de Industria Madeireira e tem 1132 funcionários. O retorno de

ICMS ao município é de 208.5 milhões por ano e deste total, 15% são destinados para a SAÚDE.

Quanto aos habitantes, 4255 são homens e são mulheres 3726. 832 tem menos de cinco anos e 448 tem mais de 60 anos. 5278 moram na zona urbana e 2703 na zona rural.

A população cresce cerca de 2 % por ano. De 10 anos atrás até hoje, a população local aumentou cerca de 527 pessoas. O percentual de pessoas com mais de 60 anos é de 5.6%, o que corresponde a 448 pessoas. A mortalidade proporcional por idade indica que a maioria das pessoas morre quando está na faixa etária entre 55 e 77 anos. A esperança de vida ao nascer é de 77.0 para mulheres e de 70.5 para homens.

Quanto à escolaridade, temos cerca de 43.8% de pessoas analfabetas. Quanto ao lazer, às principais alternativas são: atividade física esportiva, horticultura e ir aos centros noturnos.

Temos escolas de ensino fundamental distribuídas por todo o município e uma escola de ensino meio. Temos um creche, Conselho Tutelar, CRAS, CREAS e uma secretaria de assistência social que coordena as ações neste tema e apoiando nosso trabalho na comunidade.

Em relação à estrutura de saúde, temos 3 Unidades Sanitárias, 2 UBS onde funcionam 4 PSF, 2 em cada uma. PSF I oferece atendimento a uma parte da cidade. PSF II oferece atendimento à população ribeirinha, PSF III atende a zona rural que esta comunicada por a BR 364 e seus ramais, e PSF IV atende a outra parte da cidade.

O município tem não hospital. Tem uma Unidade Mista que tem 15 leitos. As causas de internação mais freqüentes são: 1 doenças aparelho circulatório; 2 Doenças aparelho respiratório Quanto às causas de óbitos, as Três mais freqüentes são: 1)doenças aparelho circulatório; 2)doenças aparelho respiratório; 3)acidente de transito . Entre as mulheres, a principal causa de óbito foi doenças aparato circulatório e entre os homens acidentes de transito. O Coeficiente de Mortalidade Infantil no ano de 2008 foi de 24.3/1.000, ou seja, morreram 9 crianças com menos de um ano e nasceram 219 crianças.

Minha população tem 156 famílias cadastradas ate o momento com 2350 habitantes, mas e uma população muito dispersa geograficamente, temos 6 micro áreas com seus ACS. Nossa maior prevalência ate o momento e a HAS com um total de 156 hipertensos. As demandas mais freqüentes estão a HAS, as doenças do aparelho osteomioarticular, os transtornos nervosos e as doenças infecciosas tais como são as IRAs e os parasitismos inespecíficos

devido a que é uma população rural, que mora longe dos comércios e seu água de consumo é majoritariamente sem tratamento ou mau tratada.

Por isso nossa equipe decidiu dar uma ordem prioritária ao problema relacionado com o consumo de água sem tratamento adequado, pela elevada importância que tem à frequência do diagnóstico de casos novos de doenças transmitidas pelo consumo da água sem tratamento, tanto em adultos como em crianças. Forma muito comum de se adquirir uma doença de transmissão digestiva, como são as enteroparasitoses, muito frequentes em nosso meio. Essas afecções estão correlacionadas com níveis socioeconômicos mais baixos e condições precárias de saneamento básico, representando um flagelo, sobretudo para as populações mais pobres. Por isso decidi realizar meu projeto de intervenção com o título: Intervenção educativa com objetivo da redução do número de famílias que consomem água sem tratamento na população da PSF III em Manoel Urbano, Acre.(Consta nos anexos).

Ainda, em relação à saúde do município, o Conselho Municipal de Saúde definiu como prioridades:

1. Atenção Básica
2. Acolhimento ao usuário
3. Saúde preventiva
4. Fazer valer o direito do cidadão.

As três principais dificuldades para desenvolver ações relacionadas a estas prioridades são:

1. Falta de estrutura
2. Melhor atenção do conselho (fiscalizar e participar das reuniões)

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O paciente M.B.Z com 52 anos, vem à consulta médica no dia 15/8/2016 com os seguintes dados da triagem:

- PA: 125/80 mmHg

- Peso: 98.000 k g.

-Altura: 1,75 mts

O paciente tem historia de HAS e toma losartana 50mg de 12/12 horas. Além de obesidade com IMC em 32. Antecedentes na família: mãe Diabetes Mellitus tipo 2 e pai HAS. Vem apresentando algumas queixas, o mesmo refere poliúria e polidipsia há um mês. Que perdeu peso embora não foi pesado há muito tempo, pois não comparece a consultas regularmente. Mas ele esta notando que sua roupa esta ficando grande, além disso refere estar comendo mais do normal e tem problemas nas relações sexuais por impotência funcional. Motivo que provoca muita aflição nele. Suspeito de Diabetes Mellitus tipo 2 devido à clínica típica apresentada. Então solicito a glicemia de jejum, oriento sobre a necessidade de um jejum de 8-12 horas antes da coleta da amostra de sangue e agendo retorno.

A paciente retorna no dia 22/08/2016 com os dados da triagem:

-PA: 110/80 mmHg

- Peso: 97,900kg - Traz consigo a glicemia de jejum (18/08/2016) de 186 mg/dl.

Segundo o preconizado nos Cadernos de atenção básica de Diabetes (CAB N° 36, 2013) do Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015-2016) o diagnóstico de Diabetes é feito através de duas glicemias de jejum de no mínimo 8 horas em dias diferentes com valores maiores ou iguais a 126 mg/dl. Seguindo este diagrama de diagnóstico, solicito a repetição da glicemia de jejum para confirmação diagnóstica. E começo orientações nas mudanças de estilo de vida que deve começar a ter a partir de agora por o possível diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

O paciente retorna no dia 24/08/2016 com os dados da triagem:

-PA: 130/85mmHg

- Peso: 98,000kg

Apresenta o resultado de glicemia de jejum (23/08/2016) de 190 mg/dl, sendo então confirmado o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM). Neste momento interrogo ainda mais sobre histórico familiar e pessoal, como é seu estilo de vida. O mesmo trabalha numa loja de roupas da cidade. Não pratica nenhum esporte nem atividade física. Mora com sua mulher quem é dona de casa e tem 3 filhos homens e o maior com 23 anos de um matrimonio anterior que abusa do álcool e sem emprego. O seguinte tem 19 anos e o menor tem 14 anos. Os dois estão estudando.

Ao exame físico apresenta:

Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações (FC: 74 bpm; FR: 19 irpm);

IMC: 32,0 (obeso)

Circunferência abdominal: 115cm.

Conforme preconizado pelo CAB (2013) realizo o exame dos pés, cavidade oral e a encaminhamento ao oftalmologista para fundoscopia, pois o oftalmoscópio não é um item disponível na UBS. Oriento quanto à importância da adoção de medidas de mudança de estilo de vida (MEV) para a efetividade do tratamento, como manter uma alimentação adequada (dieta com restrição de açúcar, sal, gordura saturada e cafeína) e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso. Encaminho a paciente à nutricionista que atende na UBS uma vez por semana para receber orientações quanto à dieta para diabetes e obesidade. Além disso, solicito exames complementares para avaliação inicial: glicemia de jejum (GJ) e hemoglobina glicada (HbA1C), colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TG), creatinina sérica, exame de urina tipo 1 (EAS).

Na nossa unidade de saúde não tem disponível HbA1C nem creatinina, então a paciente foi orientada sobre a importância dos mesmos para o acompanhamento da doença e solicitei que os fizesse em laboratório particular da cidade. Instituo o tratamento não farmacológico isolado para a paciente com controle glicêmico capilar (hemoglicotesteHGT) na UBS uma vez por semana. Oriento sobre possível causa da impotência funcional a diabetes mellitus agravada com a obesidade e necessidade de ter um controle primeiramente de esta doença para melhora deste aspecto, que primeiro controlaríamos cifras de glicemia e se fosse preciso depois poderíamos colocar uma medicação para ajudar. Agendo o retorno para quinze dias para trazer os exames solicitados e o HGT semanal. Além de que encaminhamento para o nutricionista para instituir plano para sua dieta. Segundo o CAB de Diabetes do Ministério da Saúde – MS preconiza a terapia não medicamentosa por, pelo menos, três meses antes de prescrever um agente hipoglicemiante oral. O CAB preconiza também que se o paciente não alcançar a meta glicêmica (Glicemia jejum entre 70 e 130 mg/dl e HbA1C < 7%) em até três meses com as medidas não farmacológicas, o tratamento preferencial é acrescentar a Metformina no plano terapêutico 500 mg/dia após o café da manhã, enquanto que a SBD recomenda o uso da Metformina após o jantar.

No dia 26/08/2016 a paciente vem à consulta com a Nutricionista que institui o plano alimentar e agenda retorno. Os dados da triagem:

-PA: 125/80 mmHg;

-Peso: 98.200 kg;

No dia 07/09/2016 retorna à consulta com os seguintes dados da triagem:

-PA: 113/80 mmHg;

-Peso: 98,100 kg;

Traz consigo alguns dos exames solicitados:

- GJ: 160mg/dl;

-CT: 170mg/dl;

-EAS: glicosúria(++);

-TG: 120mg/dl;

-CG: 158 mg/dl (30/08/16) e 150 mg/dl (01/09/2016).

-A paciente não traz a HbA1C e a creatinina

Solicito novo CG semanal e agendo o retorno para quinze dias.

No dia 14/09/2016 retorna à nutricionista e relata dificuldade em seguir as orientações, com ganho de peso de 1 kg em relação à última consulta. Relata que mantém atividade física três vezes por semana.

Dados da triagem:

PA: 120/70 mmHg;

-Peso: 99.100 kg;

-No dia 19/09/2016 a paciente retorna à consulta com a creatinina (15/09/2016): 0.8 mg/dl e os dados da triagem

PA: 125/80 mmHg

-Peso: 97,900 kg.

-HGT (jejum): 150 mg/dl

-Apresenta ainda o controle glicêmico (CG):

08/09: 135 mg/dl

12/09: 149 mg/dl

15/09: 143 mg/dl

19/09: 120 mg/dl

Realizo o cálculo do Clearance de Creatinina pela fórmula MDRD cujo resultado da taxa de filtração glomerular é 88.92 ml/min, o que a classifica como estágio G2 (diminuição leve). Novamente solicito a HbA1C dando maior ênfase à sua importância para seguimento.

22/09/2016 em reunião da equipe de saúde se coordena o caso com seguridade social para atender mais particularmente o filho sem emprego e que esta consumindo álcool além de orientar sobre necessidade de consultar ao mesmo. Orienta-se além disso seguimento do caso

por os ACS e tentar uma abordagem familiar com consulta no posto. Conversar com o paciente para que participe de nosso grupo de diabéticos na UBS que se reúne a cada 15 dias. Onde se levam pratos com alimentos saudáveis e se conversa sobre o estilo de vida que devem levar os pacientes com diabetes mellitus. Intercambiam-se experiências e socializam os mesmos.

No dia 22/09/16 retorna com a nutricionista e relata que está seguindo as orientações de dieta e atividade física regular, apesar do ganho de peso de 0,200 kg em relação à última consulta. Conversa se com o paciente e aceita vir ao grupo de Diabetes mellitus a próxima semana. Dados da triagem:

- PA: 130/80 mmHg;

-Peso: 98.100 kg

No dia 03/10/16 retorna à consulta médica sem queixas com HbA1C (29/07/15): 10,96% e os seguintes dados da triagem:

- PA: 130/80 mmHg

- Peso: 97.900 kg.

- HGT (jejum): 148 mg/dl

Como o paciente não atinge as metas (glicemia jejum entre 70 e 130 mg/dl e HbA1C < 7%) após três meses de MEV e dieta, além de sobrepeso, prescrevo a Metformina 500 mg/dia após o café da manhã, e, após uma semana, aumento a dose para 850 mg/dia, por não apresentar efeitos adversos. Além disso oriento sobre agendamento para consulta de psicologia para orientações sobre sua impotência funcional. Agendo retorno para 30 dias.

No dia 01/11/16 retorna à consulta médica sem queixas e com melhorias nas relações sexuais depois das dicas oferecidas por psicologia e refere estar sentido se muito melhor, seguintes dados da triagem:

-PA: 125/80 mmHg

-Peso: 95.300 kg.

-HGT (jejum): 108 mg/dl.

-Agendo o retorno para 90 dias.

No dia 08/11/16 retorna com a nutricionista, com perda de peso de 2,6kg em relação à última consulta.

-PA: 125/70 mmHg

-Peso: 95.300 kg;

No dia 01/01/17 vem à consulta para renovação de receita de Metformina 850mg/dia e solicito HbA1C de controle trimestral. Refere sentir se muito bem.

No dia 01/02/17 vem à consulta médica, sem queixas, com HbA1C (25/01/16): 4,71% e com os seguintes dados da triagem:

-PA: 120/80 mmHg

-Peso: 91.600 kg.

-HGT (jejum): 136 mg/dl

Relata uso regular da Metformina e manutenção das MEV. Estar participando no grupo de diabetes da UBS e que gostou muito porque achava que ele era o único com esse problema e que era difícil de mudar seu modo de vida, que está ótimo nas suas relações sexuais depois da melhora nos níveis de açúcar no sangue. Explico que foram atingidas as metas de controle da diabetes, mas que os cuidados devem ser mantidos, pois a diabetes é uma doença crônica. Segundo a SBD (2015-2016) quando o perfil do paciente não se encaixa nas características dos estudos CARDS e HPS, ou seja, com idade abaixo dos 40 anos ou com idade acima de 40, mas sem fatores de risco, o risco cardiovascular deve ser estratificado individualmente por meio do uso da calculadora UKPDS-RE. Na época eu não dispunha desta calculadora, mas com os dados disponíveis é possível evidenciar o risco de 15% de a paciente desenvolver quadro de doença coronariana em 10 anos.

A equipe realiza visita domiciliar no dia 22/02/2017 para montagem do genograma familiar completo. Constata-se que a dinâmica familiar está melhor. O filho maior começou a trabalhar na prefeitura. Já que estavam contratando pessoal para a construção do novo cresse da cidade e por meio de seguridade social foi resolvido essa situação. Além de que aceitou começar a consultar-se para afastar-se do álcool.

No dia 01/05/17 vem à consulta para renovação de receita e solicito a HbA1C de controle trimestral. Programa a solicitação de exames complementares de rotina anual para o retorno, pois no dia 15/08/2017 completará um ano desde o seu diagnóstico com Diabetes Mellitus tipo 2.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Há mais de um ano atuo na UBS Josefa Nunes do município Manoel Urbano do estado do Acre. A prática mais relevante que adotei na área da gravidez na adolescência devido a desde que cheguei percebi que era muito freqüente em minha área de abrangência. Uma população rural, de baixa renda e com baixo nível cultural me fazia suspeitar que fossem as principais causas deste fenômeno, provocando que eu aprofundara meus estudos neste tema. Mesmo no comportamento no resto do Brasil como da problemática na minha área.

No Brasil, em 2007, 71% dos nascidos vivos eram filhos de mulheres entre 15 e 29 anos, e os filhos nascidos vivos das mulheres de 15 a 19 anos respondiam por cerca de 20% do total de nascimentos (Castro JA. 2009). Observa-se que, entre os anos 2000 e 2009, o número de partos de adolescentes diminuiu para 34,6%, e o que pode ter contribuído para essa diminuição foi a atuação dos profissionais de saúde nas políticas de planejamento familiar (Brasil. 2010). Acho que nos últimos anos se fortaleceu muito o trabalho na atenção primária e temos mais presença de profissionais e médicos nas áreas que nunca tiveram atendimento, mas mesmo assim ainda a freqüência desse fenômeno é alta. Por isso a importância de nosso esforço de fazer estratégias de promoção e prevenção para diminuir a prevalência da gravidez na adolescência ou se já é um fato diminuir então as complicações das mesmas.

Primeiramente, comecei a fazer o registro personalizado dos usuários de sexo feminino em faixa etária entre 10 e 19 anos. Eu solicitei em todos os ACS a elaboração desses listado por cada micro-área de saúde. Assim tanto eles como nós sabíamos com mais detalhes a situação de nossas adolescentes. E procurar atendimento delas com mais eficácia, marcando lhes consultas no nosso posto para ter em muitos casos o primeiro contato com a UBS e provocar afiançar um relacionamento mais cedo com elas, sentindo se mais confiadas em interagir com nossa equipe.

Orientamos aos ACS e fizemos parcerias com as escolas do território para ensinar dicas de como “perceber” a gestação precocemente nesse grupo populacional, a fim de formar vínculo com essa adolescente e o seu parceiro e iniciar o pré-natal o mais breve possível. Sem avançar a intimidade dos/as adolescentes.(Brasil.2013)

Depois de aumentar nosso trabalho diretamente com as adolescentes conseguimos ter um grupo de gestantes e não gestantes misturadas na unidade, só com adolescentes, isso permitiu abordar questões específicas desta faixa etária: relação com os estudos e com a escola (desempenho, abandono), isolamento social/preconceito, mudança dos planos futuros e das oportunidades na vida, inseguranças sobre o corpo, sobre amamentação (“tamanho das mamas”, “prejuízo estético”), medo do parto (“não ter força”, “não estar com o corpo pronto”), o que é ser mãe/maternidade.(Brasil.2013) Outros temas, ainda que aparentemente não relacionados especificamente com a assistência pré-natal, podem ser de interesse do grupo e é um bom momento para abordá-los: como contracepção, doenças sexualmente transmissíveis (DST), drogas, sexualidade, trabalho.

O atendimento multidisciplinar pode ser muito produtivo no caso de adolescentes, principalmente se ele(a) já tem vínculo com algum profissional da equipe. (Brasil.2013)Assim

começamos a envolver outros membros da equipe nuclear da APS. Seria de muita ajuda no caso envolver ao NASF, mas na minha área não temos.

Concedi mos especial importância na atenção para algumas patologias mais comuns nessa faixa etária (anemia e doença hipertensiva específica da gravidez), pois podem conduzir à prematuridade e ao baixo peso ao nascer.(Brasil.2008) E assim tentamos diminuir a prevalência desses agravos na gravidez.

Começamos a oferecer um maior Apoio a adolescente e o parceiro no enfrentamento da situação, ajudando na comunicação com a família e esclarecendo as dúvidas acerca da gestação e dos seus riscos.

Não focamos a atenção apenas nos períodos de gestação (pré-natal) e puerpério imediato, não podemos esquecer que após o parto a paciente se tornará mãe adolescente, passando a vivenciar uma dupla situação: a adolescência e a maternidade. (Brasil.2008)

Procuramos oferecer muitas informações a este grupo populacional mesmo no posto que em ações nas comunidades e nas escolas para evitar falsos conceitos que as mesmas possam ter de sua sexualidade e dos riscos que tem e assim não neguem a possibilidade da gestação, que não tenham falta de informação.

Falamos muito dos métodos de anticoncepção e procuramos não ter dificuldade ao seu acesso.

Nossa equipe não atende aos adolescentes de ambos os sexos em situação de gravidez igual que aos adultos pela complexidade da situação, marcada pela dependência da família, pela falta de autonomia financeira e de espaço próprio, pelas dificuldades nas relações pessoais e sociais e por contextos de violência doméstica e urbana, porque a família geralmente se constitui como um determinante central, exercendo forte pressão sobre as decisões sobre manter ou interromper a gravidez, sobre o processo de assistência, a relação conjugal e o estilo de vida do casal durante e, se for o caso, depois da gravidez e do parto.

Mas os efeitos em mediano prazo dessa prática evidenciaram bons resultados na melhoria da assistência desse grupo. Portanto, conhecendo a população adolescente da área em que atuo pude programar ações como identificação de mulheres adolescentes que não sabiam como se prevenir de DSTs e evitar a gravidez. Diminuir o tempo em que assistem à primeira consulta pré-natal. Aumentar o nível de conhecimento acerca da gravidez e o parto fisiológico aumentando o grau de preparação para enfrentar esse momento, encaminhamento de usuários para terapia com psicólogo que atende na UBS nos casos que assim precisarem, identificação de situações de vulnerabilidade social, conflitos familiares, etc. Aumento-se o cuidado para as comorbidades clínicas mais frequentes nessa população, um aspecto as vezes esquecido.

Ainda estamos longe de atingir metas substanciais no tema gravidez na adolescência seguiremos nos esforçando para melhorar cada dia mais. Tentar evitar gravidez nessa faixa etária por todos os transtornos psíquicos físicos e sociais que tem ou uma vez já sendo um fato, pois diminuir os desfechos negativos dessa problemática. Muito trabalho forte ainda por fazer.

4 VISITA DOMICILIAR

Na UBS Josefa Nunes do município Manoel Urbano, Acre, a prática da visita domiciliar era feita de forma aleatória, conforme a demanda dos familiares ou dos profissionais (ACS's e enfermeira). Há pouco tempo eu mudei esta metodologia visando ampliar o acesso e promover a equidade no atendimento.

Solicitei aos ACS's que fizessem um levantamento dos usuários que necessitam de visita domiciliar contínua. Com base nesta lista, eu fiz o planejamento mensal dos atendimentos e determinei quais pacientes seriam visitados em cada dia de visita, de acordo com a data da última visita realizada e a prioridade do atendimento segundo a doença e os fatores de riscos diagnosticados em cada caso. Assim, não haverá mais reclamação dos cuidadores de que as visitas demoram muito a acontecer ou que uns recebem mais visitas que outros, sem motivos que assim o justifiquem. Agora, temos uma planilha de controle em que poderemos orientar os pacientes e avisar com antecedência o dia da visita. Geralmente são realizadas de dos a quatro visitas por período.

Só que dependemos sempre do transporte e estamos apresentando dificuldade nas ultimas semanas. Este fato prejudica muito o planejamento da equipe, e mais ainda compromete o vínculo entre o usuário-cuidador-profissional, pois perdemos a credibilidade e a periodicidade da assistência.

Nossa ultima visita foi o dia 21/12/2017 às 15h00min programada previamente por ser um paciente cadeirante.

Endereço da residência: BR 364 km 16.

Recebeu-nos dona Francisca Alves, 35 anos dona da casa, quem nos abriu o portão e nos levou até seu pai seu Narleudo Silva que foi o principal motivo da visita

Paciente alvo – N.S, 76 anos, viúvo, hipertenso, diabético, cadeirante, por ter Hemiparesia Esquerda em decorrência de acidente cérebro vascular (AVC) desde há 3 anos, curso superior completo. Aposentado e possui 2 filhos adultos, uma delas a Francisca e um filho homem que mora bem perto com sua família.

Narleudo se encontrava na cadeira de rodas, na área, ele recebeu-nos um pouco triste, mas tentando cumprimentar-nos a pesar da fala pouco fluida.

Impressão do paciente sobre a sua situação de saúde.

Expectativas: O senhor Narleudo tem consciência de seu estado, por ser um paciente esclarecido, mas fica deprimido por a dificuldade para ter uma fala fluida e clara e por não conseguir caminhar sozinho, só consegue com ajuda de outra pessoa, mas esta situação não permite sua independência. Não esta fazendo fisioterapia porque em nosso município não temos esse serviço bem implementado, apenas foi aprovado num concurso municipal um reabilitador que começará em breve a oferecer seu serviço, influenciando isso em a pouca

reabilitação do paciente, e leva acompanhamento por Neurologista anualmente; apesar de ficar triste conta com o apoio e carinho dos filhos e 5 netos. Com ele mora a filha e os 2 filhos dela que são de 6 e 7 anos.

QUEIXAS DO MOMENTO: A filha dele alega que o Naurleudo tem desenvolvido uma lesão na coxa direita, com coceira intensa, causado pela imobilidade da perna, perda de audição do ouvido direito, além de Episódio Depressivo, devido ao fato que não consegue a fala clara nem a locomoção, usando medicação contínua.

EXAME FÍSICO: Aparência geral aceitável, corado. Pele na região da coxa direita com lesão hiper crômica e descamada com lesões feitas por as unhas ao se coçar. Exame de ouvidos com presença de tampão de cerúmen no ouvido direito. Movimenta com destreza a heme corpo esquerdo e a cabeça.

TRATAMENTO ATUAL: Faz uso de Losartana (50 mg) 1 comp de 12/12 horas, Hidroclorotiazida (25 mg) 1 cp pela manhã,(conforme CAB no.37) Metformina (850 mg) 1 comp pela manhã(conforme CAB no.36) Atorvastatina 20 mg ao dia, Escitalopram 10 mg ao dia, Donepezila 5 mg 1 cp ao dia, e Paroxetina 20 mg 1p cp ao dia, os medicamentos são administrado pela filha.(conforme CAB no.34)

CUIDADOR: A filha dona Francisca, fica responsável de tudo, da sua higienização, e tem realizado muito esforço físico com ele, razão pela qual queixa- se de dor nas costas e nos ombros, além de fazer alguns serviços em casas para ganhar um dinheiro, seu irmão trabalha mas ajuda para levar ao pai as consultas.

EXTRUTURA FAMILIAR: Residem no domicílio o seu Naurleudo, a filha Francisca, solteira e os dois filhos dela, maior de 7 anos e o casula de 6 anos, os dois homem. Aparentemente família funcional.

Os medicamentos são fornecidos pela farmácia do município e alguns eles precisam comprar, pois não tem na rede pública de nosso município.

Perguntamos se há outras necessidades e a Francisca alegou necessitar dum cuidador, já que ta precisando trabalhar mais tempo para manter seus filhos, e pra ela se ocupar de seus problemas de saúde.

SITUAÇÃO DE SAÚDE E DE VIDA: Pareceram-nos que são pessoas de renda um pouco baixa, observamos boa higiene na casa e com condições aceitáveis com seus recursos. Recebem a visita da Agente Comunitária de Saúde, quem repõe os medicamentos.

ALIMENTAÇÃO: Francisca é a responsável pelo preparo do alimento da família, almoçam às 11h, e às 18h jantam.

FERRAMENTAS SOCIAS ENVOLVIDAS: Receberam ajuda do tipo política nas eleições municipais passadas.

DOMICÍLIO: Casa de madeira, piso em cerâmica, contendo 3 quartos, sala, 2 banheiros, cozinha e área de serviço. Quintal ampla, o quarto é espaçoso, e Narleudo utiliza o banheiro próximo a seu quarto, quem ajuda a deitar e ir ao banheiro é a filha.

FONTES DE PRAZER DO PACIENTE: Narleudo só tem como atividades diárias prazerosas em casa assistir televisão principalmente os programas de notícias e novelas, ele fica deprimido pela impossibilidade de locomoção e o transtorno da fala, Porém ele fica cercado da família, e recebe visitas de amigos.

METAS: Necessidade dum cuidador. Francisca solicita ajuda pra ela poder trabalhar e cuidar também de sua saúde. Tem HAS, sofre de Depressão, e tem apresentado fortes dores musculares e articulares. Plano de cuidados: Coordenar o atendimento da reabilitação pelo menos ate ensinar ao paciente e à filha exercícios que ajudem a sua melhoria na fala e a locomoção.(Brasil.2013) Coordenar com assistência social para possível ajuda com um cuidador. Continuar com as visitas da Agente Comunitária de Saúde e a visita do médico mensalmente, porque é principal no cuidado, fazê-lo sentir amado e importante no contexto social. Inserir ao seu Narleudo ao nosso grupo de idosos, pelo menos que assista a alguns encontros e assim melhorar sua socialização e trocas de experiências com outras pessoas com doenças semelhantes e a forma deles sair dos estados depressivos.(Brasil.2013) Assistir ao nosso posto para realizar lavagem ótica.

PROBLEMAS CRÔNICOS: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2. Sequelas de AVC, Hipercolesterolemia Pura, Transtorno Depressivo.

PROBLEMAS AGUDOS: Tinha da pele. Tampão de cerúmen no ouvido direito

Esse é o resumo de nossa ultima visita domiciliar. De um modo geral, as visitas são gratificantes quando percebo que as intervenções e orientações surtem o efeito esperado na melhoria da qualidade de vida desta população que exige uma atenção diferenciada, nem melhor, nem pior, mas voltada para suas necessidades a longo, médio e curto prazo.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso de especialização foi de muita importância para mim e para minha equipe toda na ESF, posso dizer que tive um bom aproveitamento dos conteúdos, pois através das aulas, artigos e atividades dos módulos pude aperfeiçoar minhas habilidades, me atualizar sobre protocolos e colocar em prática todo este conhecimento. O mais importante foi em relação à mudança na minha postura profissional nas questões de organização e planejamento de ações, com mais iniciativa e participação nas reuniões de equipe. Minha equipe tinha pouca atuação nesse aspecto e eu fui virando o líder do mesmo, com os conhecimentos que ia captando das aulas e que na hora ia oferecendo para todos. Outra mudança importante foi em relação às condutas de seguimento de pacientes com doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, obesidade e saúde mental.

Primeiramente os prontuários quando eu cheguei tinham pouquíssima informação sobre os usuários, só registravam a hipótese diagnóstica e a conduta de modo muito sucinto. Passei então a coletar mais dados nas consultas e a seguir o Modelo SOAP para registro das informações que consiste na Queixa principal e História da doença atual (Subjetivo), Exame físico (Objetivo), Hipóteses diagnósticas (Avaliação) e Conduta (Plano terapêutico). Coloco sempre a lista de problemas e a conduta para cada problema para ter o seguimento longitudinal do caso.

No atendimento na Saúde da Criança eu comecei a discriminar os diagnósticos em pediatria que são: nutricional, alimentar, crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) e situação vacinal. Estou utilizando o cartão da criança nas consultas de puericultura para registrar os dados antropométricos nas curvas de percentil da OMS e averiguar a situação vacinal. Deste modo, posso identificar as alterações e ter a conduta adequada em cada caso. Só que a pouca cultura que tem a população acerca das consultas de puericultura e que é preciso levar as crianças mesmo sem estar doentes dificulta a assistência periódica na maioria das vezes. Mas pouco a pouco nos oferecendo informação da importância de ter um acompanhamento assim, melhorou esse assunto.

Quanto ao atendimento aos idosos continuei o trabalho que estavam fazendo anteriormente com eles só que organizei muito mais e melhor as frequências das consultas dependendo das doenças e fatores de riscos que tinham. Além de que formamos um grupo de idosos que é muito bom para ajudar aos mesmos a conviver com suas doenças, e combater a depressão que muitas vezes tem.

Com a adolescência o trabalho é um desafio constante por as características próprias da idade. Mas as aulas da especialização foram me armando com recursos e ferramentas que foram muito úteis para lidar com as situações que iam se apresentando. Atualmente consegui elevar muito o número de atendimento a eles e mostram um nível muito bom de confiança com nossa equipe. Melhorou além disso um problema muito frequente aqui que é a gravidez na adolescência graças a estratégias adotadas para mudar a situação principalmente no número de grávidas adolescentes e da qualidade do seu acompanhamento.

Outra mudança importante que aprendi no curso foi quanto à adoção das consultas programáticas na minha agenda profissional. Antes só havia o Hiperdia, mas agora eu organizei a minha agenda para atendimento de grupos: Saúde da mulher, do Homem, da Criança, do Idoso, pré-natal e visita domiciliar principalmente, mas para nossa equipe e bem difícil sair do ter em todos os períodos só demanda espontânea, já que é uma prática que tem muitos anos neste município, e mudar isso está sendo muito difícil, mas estamos conseguindo de a pouco. Para cada grupo são agendadas cinco consultas por enquanto, mais 10 vagas de demanda espontânea, duas de urgência e até três oriundas do hospital, totalizando até vinte atendimentos por período. Essa organização facilitou meu trabalho. Afinal, nosso trabalho primordialmente deve ser na prevenção de agravos e na promoção de saúde.

Fiz a atualização da minha agenda no quadro geral da UBS e aproveitei para atualizar a dos outros profissionais (enfermeira, dentista, etc.). Para contemplar toda a equipe, eu acrescentei no quadro os nomes de todos os profissionais, desde os ACS's, o agente de endemias, a auxiliar de saúde bucal, a técnica de enfermagem, a recepcionista, a vacinadora, a auxiliar de serviços gerais. Assim todos têm a identificação com seu nome e respectiva função no quadro, a fim de que não se sintam excluídos e a comunidade conheça melhor todos os membros da equipe.

Entre eu e minha enfermeira organizamos a escala das palestras a serem realizadas com uma frequência de uma semanal, nas quintas feiras no período da manhã, eu aportava muita informação fornecida pelas minhas aulas da especialização.

Outra mudança recente foi em relação ao registro dos atendimentos nos livros dos agravos. Antes eu sequer tinha conhecimento de que as consultas deveriam ser registradas pelos profissionais nos livros específicos. Este fato evidencia a falha na comunicação da gerente com a equipe e vice-versa. Quando tive ciência disso, tratei de organizar este fluxo de registro com o apoio dos ACS's, sendo que quando eu tenho tempo após os atendimentos, eu mesmo faço este registro nos livros ou senão peço aos ACS's fazerem o registro dos usuários de suas respectivas áreas. Os livros são de hipertensos, diabéticos, obesidade, doenças crônicas, saúde mental, crianças de 0 a 2 anos, álcool e drogas, usuários de insulina, de encaminhamentos, planejamento familiar, usuários fora de área, tuberculose/hanseníase/leishmaniose e de visita domiciliar.

Uma mudança relevante foi a rotina de notificação de doenças que era uma prática negligenciada no meu atendimento. No entanto, o Curso de Especialização sempre alertou para este quesito fundamental e agora tenho as fichas do Sistema de 18 Informações de agravos de notificação (SINAM) de fácil acesso numa pasta no consultório. As doenças mais notificadas são as de suspeita de dengue, leishmaniose tegumentar americana.

A comunicação entre a equipe e a comunidade melhorou muito fazendo ações tais como colocar cartazes e informativos na parede sobre o direito à prioridade no atendimento para idosos, gestantes, lactantes, pessoas com deficiência física/mental e pessoas com crianças de colo. Antes esse direito era negligenciado pela própria triagem e eu fiz questão de expor esta questão em uma reunião com toda a equipe, pois já havia recebido muitas reclamações dos usuários sobre esse assunto. Outro cartaz que coloquei foi referente à lei do descato a

funcionário público, pois os usuários devem ter ciência de que não podem desrespeitar os funcionários em exercício.

Em relação aos diabéticos, atualizei minhas condutas para sua abordagem aprendi que inicialmente devemos tentar a abordagem não medicamentosa com mudanças de estilo de vida (dieta e atividade física) por pelo menos três meses e acompanhar o paciente para saber se esta medida isolada surtirá o efeito almejado. Além disso, aprendi que a primeira escolha de hipoglicemiante é a Metformina, pois esta tem um efeito adicional na perda de peso em pacientes obesos ou com sobrepeso. Outra mudança foi a solicitação da hemoglobina glicada (HbA1c) a cada três meses para seguimento dos usuários até obter o controle adequado.

Em relação aos hipertensos, também atualizei minha conduta com eles e tento adaptar o que este protocolizado com a realidade de nosso município devido a que não temos muitos recursos para fazer exame para uma correta avaliação do funcionamento dos órgãos alvos. Mas para a escolha dos fármacos foi muito importante o aprendido nas aulas.

Em relação à obesidade, tenho feito o diagnóstico de vários pacientes com o cálculo do índice de massa corpórea (IMC) e da circunferência abdominal (CA) para todos os usuários. Quando há obesidade eu falo qual o grau, os riscos e de que se trata de uma doença que necessita de tratamento. Então faço as recomendações com a alimentação saudável e a realização da atividade física regular sob a supervisão de um profissional de educação física. Em alguns casos em que a obesidade está relacionada a fatores emocionais (compulsão alimentar, transtorno de ansiedade, depressão, etc) faço psicoterapia com e prescrevo ansiolítico/antidepressivo se necessário. Se o usuário não consegue atingir a meta de perda de peso com as MEV adotadas no período de três meses, eu considero falha terapêutica e os encaminho ao endocrinologista. No caso das crianças com obesidade a abordagem familiar é a mais indicada, pois requer a mudança de estilo de vida de toda a família para que os objetivos sejam alcançados. Sempre encaminho à nutricionista e ao endocrinologista pediátrico para investigar causas secundárias para a obesidade, mas continuo acompanhando na UBS nas curvas de percentil da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em relação aos adolescentes, fiz um grupo de ações no tema de gravidez na adolescência e os efeitos em mediano prazo dessa prática evidenciaram bons resultados na melhoria da assistência desse grupo a consultas. Portanto, conhecendo a população adolescente da área em que atuo pude programar ações como identificação de mulheres adolescentes que não sabiam como se prevenir de DSTs e evitar a gravidez. Diminuir o tempo em que assistem à primeira consulta pré-natal. Aumentar o nível de conhecimento acerca da gravidez e o parto fisiológico aumentando o grau de preparação para enfrentar esse momento, encaminhamento de usuários para terapia com psicólogo que atende na UBS nos casos que assim precisarem, identificação de situações de vulnerabilidade social, conflitos familiares, etc. Aumento-se o cuidado para as comorbidades clínicas mais freqüentes nessa população, um aspecto as vezes esquecido.

Em relação à Saúde Mental, desde que iniciei meu trabalho utilizo um sistema de registro individual dos usuários que fazem uso de medicamentos controlados que fica sempre de fácil acesso para registrar a data da renovação da receita. Os usuários são orientados a agendar a consulta para renovação da receita para que seja feito o adequado registro em prontuário.

Antes do curso, eu tinha receio em fazer ajustes de medicações controladas para os pacientes, pois achava que era uma conduta restrita ao especialista. No entanto, o curso de especialização me incentivou a tomar esta iniciativa de intervir nos casos necessários. Geralmente os usuários têm muita dificuldade para conseguir consulta com o neurologista ou psiquiatra, então eu já faço os ajustes de dose ou troca de medicações, conforme a necessidade. É muito bom ter essa autonomia e depois verificar como aquela intervenção teve um efeito imediato e tão benéfico no bem-estar daquele usuário.

É muito gratificante o trabalho na atenção primária da saúde por o contato tão direto que temos com os pacientes e sua realidade, que na maioria dos casos são causa dos problemas de saúde que possuem. Eu gosto da rotina de conhecer os pacientes, conversar, tirar dúvidas, discutir condutas e metas e, aos poucos, conquistar sua confiança para juntos alcançarmos o sucesso terapêutico. É bom acompanhar esta evolução e criar vínculos com a comunidade, por exemplo, quando um paciente que estava descompensado retorna à consulta relatando melhora dos sintomas e na qualidade de vida com o tratamento e demonstra gratidão por aquela intervenção. Ou quando fica preocupado por se vamos embora só de feiras por um mês ou é para sempre por que não querem perder a nos.

Refletindo sobre meu trabalho posso dizer que percebi mudanças benéficas em minha atuação como médico da UBS. Desde que comecei a pós-graduação aperfeiçoei minhas condutas técnicas e aprendi a interagir com a equipe e lidar muito melhor com problemas comuns de nossa comunidade que até achava que existiam só aqui na minha área mas com o curso aprendi que são problemas comuns em todo o Brasil. Me sinto agora armado para enfrentar situações muito variadas é com a certeza de ser melhor profissional e com uma qualidade humana muito maior.

REFERÊNCIAS

1. Castro JA, Aquino LMC, Andrade CC. Juventude e políticas sociais no Brasil. Brasília; Ipea; 2009.
2. Ministério da Saúde. (BR). Brasil acelera a redução da gravidez na adolescência. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 1 reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 48 p. : il.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. CD ROM ; 43/4 pol. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
5. Brasil, 2013. 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. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
6. Brasil, 2013. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
7. Brasil, 2013. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Projeto de Intervenção.

Dr. Ariel Samada Bauta

Título: Intervenção educativa com objetivo da redução do número de famílias que consomem água sem tratamento na população da PSF III em Manoel Urbano, Acre.

RIO BRANCO. AC

2017

RESUMO

Realizaremos uma intervenção educativa com o objetivo de reduzir o número de famílias que consomem água sem tratamento e suas consequências na população da ESF III, do município de Manoel Urbano, estado de Acre. A amostra do estudo serão 120 pessoas, entre os 20 e 65 anos de idade de nossa comunidade. Os dados primários serão obtidos com a aplicação de um questionário, de acordo as principais necessidades de conhecimentos sobre o tema, desenvolvendo um programa educativo. Posteriormente aplicaremos novamente o questionário, observaremos se tem um aumento dos conhecimentos sobre a importância de tratar a água de consumo e a prevenção de parasitoses intestinais. Para a análise estatística da informação será usado o cálculo porcentual. Esperamos seja possível observar que o nível de conhecimento inicial sobre parasitoses intestinais seja baixo e com a intervenção educativa isto deve mudar significativamente de maneira positiva.

Palavras chaves: Água, parasitoses intestinais, programa educativo.

SUMÁRIO

Aspetos introdutórios -----	04
Introdução -----	04
Objetivos: Geral e Específicos -----	08
Metodologia -----	09
Revisão da literatura -----	12
Cronograma -----	14
Recursos necessários -----	15
Resultados esperados -----	16
Referências -----	17
Apêndices -----	21

INTRODUÇÃO

A água é um bem essencial para a manutenção da boa qualidade de vida. O Brasil dispõe de 15% de toda a água doce existente no mundo, o seja, dos 113 trilhões de metros cúbicos de água disponível para a vida terrestre, 17 encontram-se em nosso país. A qualidade da água pode atingir o homem diretamente, por ser utilizada diariamente. Por tanto, ela deve apresentar aspecto límpido, pureza de gosto e estar isenta de microrganismos patogênicos, o que é conseguido através de seu tratamento. (1,2)

Os riscos à saúde relacionados com a água podem ser distribuídos em duas principais categorias: 1) riscos relativos à ingestão de água contaminada por agentes biológicos (vírus, bactérias e parasitas), através de contato direto ou por meio de insetos vetores que necessitam da água em seu ciclo biológico; 2) riscos derivados de poluentes químicos e, em geral, efluentes de esgotos industriais. (3,4)

Nos países em desenvolvimento, devido as precárias condições de saneamento e má qualidade das águas, as doenças diarréicas de veiculação hídrica como febre tifoide, salmonela, cólera, shigelose, e outras gastroenterites, verminose, amebíase e giardíase tem sido responsáveis por vários surtos epidêmicos e pelas elevadas taxas de mortalidade infantil relacionadas à água de consumo humano (LESER et al., 1985).

Essa transmissão pode ser direta, por exemplo, no consumo de água contaminada ou sem tratamento adequado ou, de modo indireto, na água de irrigação de vegetais consumidos crus. Daí a grande importância do saneamento básico nos agrupamentos humanos incluir o fornecimento de água tratada e a coleta e encaminhamento adequado do lixo e de águas servidas. A falha em um desses segmentos, por estarem interligados, poderá afetar a saúde ambiental e reverter em agravos à saúde humana.(5,6)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Saúde Ambiental como "as consequências na saúde da interação entre a população humana e o meio ambiente físico - natural e o transformado pelo homem - e o social". Todavia, é preciso explicitar mais essa área de estudos que tem a relação entre saúde e o meio ambiente como objeto principal. As enteroparasitoses representam um dos grandes problemas de saúde pública e afetam mais de 30% da população mundial. Nos países subdesenvolvidos, atingem índices de até 90%, ocorrendo um aumento significativo da freqüência à medida que diminui o nível socioeconômico. (7,8)

No Brasil, este problema agrava-se por causa das precárias condições de saneamento básico, do baixo nível socioeconômico, da falta de orientação sanitária e de

programas de educação para a saúde(9). Estimativas referentes à frequência de enteroparasitos na infância relataram prevalências variando de 10,7% à 89%, conforme a região e o período estudados(10,11). Apesar de ter sido observado um declínio de até 30% na prevalência de enteroparasitos em escolares nas últimas décadas, estudos realizados em cidades do nordeste brasileiro revelam elevada prevalência de infecções parasitárias, com 66,1% em Salvador-BA, 84,9% em Natal-RN e de 96% em Paracatuba-SE.(12,13,14) Correlacionando a prevalência de enteroparasitoses em crianças e adultos, com seus aspectos epidemiológicos, diversos estudos revelam que o tipo de água utilizada para consumo é um fator de risco detectado, uma vez que quem consumiu água não filtrada apresentou 15,9 vezes mais chances de adquirir uma enteroparasitoses. (15)

Embora apresentem baixas taxas de mortalidade, as parasitoses intestinais, podem ocasionar fatores primordiais na fisiopatologia da anemia, e da desnutrição protéico – calórica que debilitam ou incapacitam ao individuo no desempenho de suas atividades físicas e intelectuais, particularmente nas faixas etárias mais jovens da população. (16,17,18)

As parasitoses apresentam variações inter e intra-regionais, dependendo de condições sanitárias, educacionais, econômicas, sociais, índice de aglomeração da população, condições de uso e contaminação do solo, da água e alimentos; e da capacidade de evolução das larvas e ovos de helmintos e de cistos de protozoários em cada um desses ambientes. Apesar da alta frequência de parasitoses intestinais causadas à população em geral, ressalta-se a escassez de estudos acerca do problema,(19,20) visando um melhor dimensionamento e elaboração de medidas de combate por parte das autoridades sanitárias.(21.22) Diante de tal realidade, objetivou-se quantificar a dimensão do problema parasitose intestinal e sua relação com o consumo de água sem tratamento, na população assistida pela Equipe da Saúde da Família 33 "Elis Renys dos Santos", localizado no município Dourados, Mato Grosso do Sul, enfatizando a prática da educação popular em saúde para amenizar as dificuldades de tratamento.

Sobre tal temática, é importante frisar que a educação popular é um método de educação que valoriza os saberes prévios do povo e suas realidades culturais na construção de novos saberes. Está implicada com o desenvolvimento de um olhar crítico, que facilita o desenvolvimento da comunidade que o educando está inserido, pois estimula o diálogo e participação comunitária, possibilitando uma melhor leitura de realidade social, política e econômica.(23)

Na Constituição Brasileira promulgada em 1988, o conceito ampliado de saúde passou a tomar forma, sendo considerada em seu aspecto positivo e indo muito além de suas

consequências imediatas, indicadas negativamente, como a doença e a morte. A saúde passou a ser vista como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população e que é gerada a partir das capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais do ser humano.(24,25) Esses novos conceitos dão suporte aos projetos de intervenção sobre a realidade.

Na área de abrangência da ESF II da unidade Josefa Nunes do Manoel Urbano, não foram encontrados trabalhos que abordem esta temática e foi uma das motivações para investigar o tema.

A equipe de saúde da família II, no município de Manoel Urbano, decidiu dar uma ordem prioritária ao problema relacionado com o consumo de água sem tratamento adequado, pela elevada importância que tem à frequência do diagnóstico de casos novos de doenças transmitidas pelo consumo da água sem tratamento, tanto em adultos como em crianças. Forma muito comum de se adquirir uma doença de transmissão digestiva, como são as enteroparasitoses, muito frequentes em nosso meio. As enteroparasitoses representam um sério problema de saúde pública de cunho mundial.(26,27,28) No Brasil, essas doenças ocorrem nas diversas regiões do país, seja em zona rural ou urbana e em diferentes faixas etárias. Essas afecções estão correlacionadas com níveis socioeconômicos mais baixos e condições precárias de saneamento básico, representando um flagelo, sobretudo para as populações mais pobres.(29,30)

De posse destes conhecimentos, o projeto de intervenção terá como objetivo propor um projeto de intervenção com vistas a diminuir o número de pessoas que consomem água sem tratar, na população da ESF II, município Manoel Urbano, sob a percepção dos profissionais de saúde que atuam na ESF (Estratégia de Saúde da Família).

OBJETIVOS

1.2. Objetivo Geral:

Desenvolver um programa educativo a pessoas que consomem água sem tratamento, fator de risco das doenças parasitárias, na Equipe da Saúde da Família II, do município Manoel Urbano, Acre.

1.2.1. Objetivos específicos:

- ✓ Determinar variáveis sociodemográficas da população a estudar (sexo, idade, cor da pele).
- ✓ Determinar o nível de conhecimentos sobre as parasitoses intestinais e sua relação com o consumo de água sem tratamento.
- ✓ Aplicar um programa educativo sobre o tratamento adequado da água de consumo e as parasitoses intestinais.
- ✓ Avaliar o resultado da intervenção.

METODOLOGIA

A análise estratégica envolverá a prática de intervenção educativa, com o objetivo de aprimorar o conhecimento da população sobre as parasitoses. Para a coleta de dados vai ser desenvolvido um instrumento – detalhado a seguir, que vai ser aplicada antes e depois da intervenção educativa. Tendo em conta os resultados da etapa de diagnóstico com a aplicação do referido questionário, vai ser elaborado um programa educativo com temas relacionados com as parasitoses intestinais humanas e sua relação com o consumo de água sem tratar, em correspondência com as necessidades educativas da população. As palestras vão ocorrer com frequência de uma vez ao mês, em escolas próximas à nossa unidade de saúde e a sala de reunião de nossa unidade.

Em nossa comunidade o número de famílias que consome água sem tratamento é perto do 100% do total da população. Como consequência temos muitos pacientes afetados com doenças de transmissão digestiva principalmente parasitoses, afetando todas as faixas etárias (mesmo tomando o tratamento). A equipe vai fazer palestras em vários espaços da comunidade, primeiramente vai ser falado sobre a importância do tratamento da água de consumo e as doenças que pode adquirir-se com a água sem tratamento ou mau tratada, os fatores de risco que levam às parasitoses, o quadro clínico, o tratamento (não farmacológico e farmacológico) e as complicações, como deve ser feito o tratamento da água, entre outras coisas. Posteriormente vai ser feito um intercambio aberto com as dúvidas, costumes dos usuários e conhecimentos sobre esta doença.

A intervenção vai ser planejada para as famílias que consomem água sem tratamento em nossa comunidade, das quais só um membro participará no estudo. Nossa mostra final vai ser integrada por uma quantidade de pessoas, de famílias diferentes e que cumprem com os critérios estabelecidos para interagir no projeto.

Vão ser critérios de inclusão: a disposição de participar no projeto, idade entre 20 e 65 anos, ausência de deficiência mental e ficar dentro da comunidade pelo período de tempo do projeto.

Vão ser critérios de exclusão: pessoas que não quiseram participar, idade menor de 20 ou maior de 65 anos, pessoas com deficiência mental, pessoas que não permaneceriam na comunidade durante o projeto.

Os dados vão ser processados mediante o cálculo percentual com uso da calculadora.

Material e Método

Vai ser realizada uma intervenção educativa sobre consumo de água sem tratamento e parasitismo intestinais na população da ESF III do município Manoel Urbano, estado Acre.

A mostra do estudo vai ser de um número de pessoas ainda sem definir compreendidas entre 20 anos a 65 anos de idade, de nossa área de abrangência.

Primeiro vai ser recolhidos o consentimento informado dos participantes. A intervenção educativa vai ser realizada em três etapas:

Etapa 1: DIAGNOSTICO.

Vai ser aplicado o questionário com o objetivo de determinar variáveis sociodemográficas (idade, sexo, cor da pele) e nível de conhecimentos em relação ao tema abordado.

Etapa 2: INTERVENÇÃO EDUCATIVA.

Tendo em conta os resultados do questionário aplicado na etapa de diagnóstico, vão ser identificado as necessidades de aprendizagem sobre as verminoses intestinais como consequência do consumo de água sem tratamento e vai ser desenhado a intervenção educativa.

Os participantes vão ser repartidos em duas turmas, e vai ser estruturadas 8 atividades de 30 minutos cada uma, com uma frequência de uma vez na semana por dois meses a cada turma.

Etapa 3: AVALIAÇÃO

Transcorrido dois meses vai ser aplicado o questionário novamente, vão ser conformado tabelas de frequência para sua exposição, tendo em conta que são variáveis qualitativas.

REVISÃO DA LITERATURA

As enteroparasitoses representam um dos grandes problemas de saúde pública e afetam mais de 30% da população mundial. Nos países subdesenvolvidos, atingem índices de até 90%, ocorrendo um aumento significativo da frequência à medida que diminui o nível socioeconômico. No Brasil, este problema agrava-se por causa das precárias condições de saneamento básico, do baixo nível socioeconômico, da falta de orientação sanitária e de programas de educação para a saúde (Quadros RM, Marques S, Arruda AAR, Delfes PSWR, Medeiros IAAMANO, 2009).

Estimativas referentes à frequência de enteroparasitos na infância relataram prevalências variando de 10,7% a 89%, conforme a região e o período estudados. Apesar de ter sido observado um declínio de até 30% na prevalência de enteroparasitos em escolares nas últimas décadas, estudos realizados em cidades do Nordeste brasileiro revelam elevada prevalência de infecções parasitárias, com 66,1% em Salvador-BA (18), 84,9% em Natal-RN e de 96% em Paracatuba-SE. Estudos sobre a frequência relativa de helmintos e protozoários demonstram que os parasitos intestinais de maior ocorrência são *Ascaris lumbricoides*, *Trichuristrichiura*, *Ancilostomídeos* e *Giardiaduodenalis* (CARRILLO; LIMA; NICOLATO, 2005).

Em todo o mundo, a cada ano ocorrem cerca de 65.000 óbitos decorrentes da ancilostomose e 60.000 estão associados à ascariíase (28). Na década de 1970, um inquérito coproparasitológico realizado pela Superintendência de Campanhas 306 REVISTA DE PATOLOGIA TROPICAL de Saúde Pública do Ministério da Saúde, em 21 estados brasileiros, mostrou que *Ascaris lumbricoides* e *Trichuristrichiura* foram os parasitos mais frequentes, com 52,6% e 36,6%, respectivamente. Em 1950, um estudo de prevalência de enteroparasitoses no Brasil evidenciou que o estado do Piauí apresentava o maior índice de infecção por *Ancilostomídeos* (68,8%) e o terceiro maior por *Ascaris lumbricoides* (88,0%). Em 2001, no município de Parnaíba, região litorânea do Piauí, os parasitos mais prevalentes foram: *Ascaris lumbricoides* (64,9%), *Ancilostomídeos* (16,5%), *Entamoeba coli* (43,3%) e as amebas do complexo *Entamoebahistolytica* / *E. dispar* (23,4%) (OLIVEIRA; COSTA; BEZERRA, 2001).

A infecção por um ou vários parasitos intestinais é universal por causa da disseminação desses agentes e da facilidade com que são transmitidos. Essa transmissão ocorre principalmente pela ingestão de água e alimentos contaminados com cistos e ovos de parasitos e pela penetração de larvas de helmintos na pele e mucosas. Na infância, a

susceptibilidade às infecções parasitárias é mais elevada em razão de os hábitos de higiene ainda serem pouco consolidados. Além disso, a aglomeração humana nas escolas favorece a disseminação de agentes infecciosos. A elevada prevalência de enteroparasitos tem sido considerada a principal causa de morbidade entre os escolares de países em desenvolvimento. Alterações orgânicas ocasionadas pelas infecções helmínticas modificam o epitélio intestinal, reduzem a ação de enzimas digestivas, interferem na digestão, absorção e transporte de nutrientes e ocasionam vários estados de desnutrição (SATURNINO et al, 2005.)

Os parasitos presentes no intestino se encontram em posição favorável para sua nutrição, visto que, neste ambiente, é fácil o acesso aos nutrientes dissolvidos. Dessa forma, os parasitos competem com o hospedeiro pelos micronutrientes presentes na dieta e, como consequência, afetam o estado nutricional e reduzem a atividade física, o desempenho escolar e o crescimento das crianças infectadas (RAMOS, 2006).

Vários estudos têm mostrado que os principais efeitos da infecção parasitária estão relacionados com má digestão e absorção de nutrientes tais como: proteínas, lipídios, vitaminas A e B12, ferro, ácido fólico e zinco. Na última década, os índices de desnutrição infantil foram reduzidos no Brasil. No entanto, a situação atual ainda exige atenção permanente à segurança alimentar e nutricional das crianças. Assim, o conhecimento da prevalência dos enteroparasitos nas regiões de maior endemicidade e a consequente implementação de medidas de saneamento básico, como abastecimento de água, rede de esgoto adequada, além de educação sanitária e ambiental, são necessários para a redução da infecção por parasitos de transmissão oral-fecal (MONTEIRO et al, 1995).

CRONOGRAMA

Procedimiento	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dic
Busca das informações nos prontuários familiares e individuais de nossa área de abrangência e caracterização do universo de estudo	x					
Apresentação do projeto e entrega das listas com dados do pacientes cadastrados em reunião de equipe.	x					
Elaboração do programa educativo com temas relacionados com as parasitoses intestinais humanas e sua relação com o consumo de água sem tratar.	x					
Entrega dos convites aos pacientes por o ACS.		x				
Aplicação do questionário(anexo 2). Idade, sexo, cor da pele e nível de conhecimento em relação ao tema abordado antes das palestras.		x				
Realização das palestras segundo o Desenho Educativo (anexo 3)			x	x		
Aplicação do questionário depois das palestras					x	
Avaliação do projeto pela equipe.						x

RECURSOS NECESARIOS

- Salas Para a realização dos grupos.
- Equipamento de multimídia.
- Canetas.
- Folhas.
- Impressora
- Prontuários familiares e individuais.
- Calculadora.
- Notebook.
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades
- Profissionais: Médico, Enfermeiro, ACS.
- Listas com pacientes que vão a participar no projeto.

RESULTADOS ESPERADOS

Com nossa atitude ativa na realização da intervenção educativa aos pacientes atendidos e acompanhados esperamos lograr que eles possam identificar com maior facilidade os fatores de risco que favorecem adoecer de parasitose intestinal. Aumentarão a sua percepção dos riscos para a saúde assim conseguirão mudar modos e estilos de vida e diminuir a incidência desta doença em nossa comunidade.

REFERÊNCIAS

1. GRANT, M. A. A new membrane filtration médium for simultaneous detection and enumeration of *Escherichia coli* and total coliforms. *Appl. Environ Microbial*, v. 63, n.9, p. 3526 – 3530, Sept. 1997.
2. FREITAS, M. B. de BRILHANTE, O. M. ; ALMEIDA, L. M. de. The importance of water testing for public health in two regions in Rio de Janeiro: a focus on fecal coliforms, nitrates, and aluminium. *Caderno de Saúde Pública*, v. 17, n. 3, p. 651 – 660, 2001.
3. CHARRIERE, G. ; MOSSEL, D. A. A. ; BEAUDEAU, P. et al. Assesment of the marker value of various components of the coli – aerogenes group of *Enterobacteriaceae* and of a selection of *Enterococcus* spp. For the official monitoring of drinking water suppllices. *Journal of Aplied Bacteriology*, p. 336 – 344, 1996.
4. KRAMER, M. H. ; HERWALDT, B. L. ; CRAUN, G. F. ; et al. Waterbone disease: 1993 and 1994. *Journal of the American Water Works Association*, v. 88, n. 3, p. 66 – 80, Mar. 1996.
5. Coletivo de autores. Políticas Públicas de Saúde e Processo de Trabalho em Saúde da Família. Vol. 2. Ed UFMS, 2010.
6. Fleury, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-309, 2007.
7. Ferreira H, Lala ERP, Monteiro MC, Raimondo ML. Estudo epidemiológico localizado da freqüência e fatores de risco para enteroparasitoses e sua correlação com o estado nutricional de crianças em idade pré-escolar. *Publ UEPG CiBiol Saúde (Ponta Grossa)* 12: 33-40, 2006.
8. Coelho, I. B. As propostas de modelos alternativos em saúde. Disponível em:http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/smse/textos/26_02_2006/Modelos%20assistenciais%20em%20sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 15 ago. 2014.
9. Alves JR, Macedo HW, Ramos Jr., AN. Parasitoses intestinais em região semi-árida do Nordeste do Brasil: resultados preliminares distintos das prevalências esperadas. *Cad Saúde Pública* 19: 667-670, 2003.

10. Basso RMC, Ribeiro RTS, Soligo DS, Ribacki SI, Jacques SMC, Zoppas BCA. Evolução da prevalência de parasitoses intestinais em escolares em Caxias do Sul, RS. *RevSocBrasMedTrop* 41: 263-268, 2008.
11. Carrillo MRGG, Lima AA, Nicolato RLC. Prevalência de enteroparasitoses em escolares do bairro Morro de Santana no município de Ouro Preto, MG. *RevBras Anal Clin* 37: 191-193, 2005.
12. Castro AZ, Viana JDC, Penedo AA, Donatele DM. Levantamento das parasitoses intestinais em escolares da rede pública na cidade de Cahoeiro do Itapemirim, ES. *Newsrab* 64: 140-144, 2004.
13. PRADO, MS. BARRETO, LM, STRINCO, A; FARIA, JAS, NOBRE, AA & JESUS, SR. Prevalência e intensidade da infecção por parasitas intestinais em crianças na idade escolar na Cidade de Salvador (Bahia, Brasil). *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 34 (1) : 99 – 101, Jan/ Fev, 2001.
14. PEDRAZZANI, ES; MELLO, DA; PRIPAS, S; FUCI, M; BARBOSA, CAA& SANTORO, MC. Helmintose intestinais, II – Prevalência e correlação com renda, tamanho da família, anemia e estado nutricional. *Revista Saúde Pública, São Paulo*, 22 (5) : 384 – 389, 1998.
15. Ludwing KM, Frei F, Alvares Filho F, Ribeiro-Paes JT. Correlação entre condições de saneamento básico e parasitoses intestinais na população de Assis, Estado de São Paulo. *RevSocBrasMed Trop.*32: 547-555, 1999.
16. Soares, J. M. O. ; BARROS, R. C. ; Silva, E. M. 2004 Epidemiologia de protozooses intestinais. II Encontro de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Dourados, MS, Anais..., p. 47.
17. Silva, A. E. Enteroparasitoses na população de Dourados, MS, usuária do Sistema Único de Saúde. Monografia de Conclusão de Curso de Enfermagem. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2007.
18. Chaves EMS, Vazquez L, Lopes K, Flores J, Oliveira L, Rizzi L, Fares EY, Querol M. Levantamento de protozooses e verminoses nas sete creches municipais de Uruguaiana, Rio Grande do Sul - Brasil. *RevBras Anal Clin* 38: 39-41, 2006.

19. Ferreira MU, Ferreira CS, Monteiro CA. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública* 34: 73-82, 2000.
20. FOO LC. Hookworm infection and protein-energy malnutrition: transversal evidence from two Malaysian ecological groups. *TropGeogrMed* 42: 8-12, 1990.
21. Hoffmann WA, Pons JA, Janer JL. The sedimentation concentration method in schistosomiasis mansoni. *P R J Public Health TropMed* 9: 283-291, 1934.
22. Macedo HS. Prevalência de parasitos e comensais intestinais em crianças de escolas da rede pública municipal de Paracatu (MG). *RevBras Anal Clín* 37: 209-213, 2005.
23. Márquez AS, Márquez AS, Hasenack BS, Trapp EH, Guilherme RL. Prevalência de enteroparasitoses em crianças de um bairro de baixa renda de Londrina - PR. *UNOPAR CientCiêncBiol Saúde* 4: 55-60, 2002.
24. Monteiro CA, Mondine L, Souza ALM, Popkin BM. Da desnutrição para a obesidade: A transição nutricional no Brasil. In: *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. Hucitec, São Paulo: 1995. p.247-255.
25. National Center for Health Statistics (NCHS), Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA. 2000 CDC Growth Charts. Disponível em: <http://www.cdc.gov/growthcharts>. Acesso em 21 de setembro de 2014.
26. Oliveira FM, Costa STC, Bezerra FSM. Incidência de enteroparasitoses na zona rural do Município de Parnaíba, Piauí. *RevBras Anal Clín* 33: 45-48, 2001.
27. Pagina web: <http://saude.umcomo.com.br/articulo/quais-sao-as-doencas-transmitidas-pela-agua-10243.html#ixzz3KhOr1Kmv>. Acesso em: 12 nov.2014.
28. Pagina web: <http://saude.umcomo.com.br/articulo/quais-sao-as-doencas-transmitidas-pela-agua-10243.html#ixzz3KhOhwOoK>. Acesso em: 12 nov. 2014.
29. Pagina web: <http://saude.umcomo.com.br/articulo/quais-sao-as-doencas-transmitidas-pela-agua-10243.html#ixzz3KhOayz21>. Acesso em: 15 nov. 2014.
30. Pagina web: <http://saude.umcomo.com.br/articulo/quais-sao-as-doencas-transmitidas-pela-agua-10243.html#ixzz3KhOPFtQj>. Acesso em: 15 nov. 2014.

APÉNDICES

ANEXO 1.

CONSENTIMENTO INFORMADO.

El que subscreve: _____.

Reconheço e desejo que ela participe na investigação proposta pela medica, uma vez explicado seus objetivos e benefícios que aportara pessoalmente, além por seu caráter confidenciais e com fins científicos.

Assinatura: _____.

ANEXO 2.

CUESTIONARIO:

1- Dados pessoais.

Nome:

Idade:

Cor da pele:

Endereço:

2- Conhece que é um parasito intestinais.

Sem _____ Não _____.

3- Quais dos seguintes sintomas são das parasitoses intestinais. Marquês com uma x.

Dor abdominal _____.

Diarreias _____.

Vômitos _____.

Lesões na pele _____.

Anemia _____.

Perda de peso _____.

Perda de apetite _____.

Febre _____.

4- A água de beber em sua casa é.

Filtrada _____.

Fervida _____.

Clorada _____.

Nada _____.

5- Das seguintes costumes vocês ou alguém da sua família tem:

Sim.

Não.

Lavado das mãos antes de ingerir alimentos. _____

Lavado das mãos depois de defecar. _____

Andar sim calçado.

Jogar com terra.

Comer-se as unhas.

ANEXO 3.**DISENHO EDUCATIVO.**

No	Encontros.	Temas.	Modalidade	Duração.	Frequência.
1	Primeira semana	Semana introdução do programa educativo	Talher.	30 minutos	Duas vezes por semana
2	Segunda semana	Parasitose intestinais. Concepto. Tipos de parasitos.	Expositivo.	30 minutos	Duas vezes por semana
3	Terça semana	Vias de transmissão.	Expositivo.	30 minutos	Duas vezes por semana
4	Quarta semana	Fatores de risco: Agua de consomo sem tratar, entre outros.	Talher.	30 minutos	Duas vezes por semana
5	Quinta semana	Manifestações clínicas.	Expositivo.	30 minutos	Duas vezes por semana
6	Sexta semana	Complicação das parasitoses intestinais.	Expositivo.	30 minutos	Duas vezes por semana
7	Sétima semana	Prevenção das parasitoses intestinais e tratamento adequado da agua de consomo.	Expositivo.	30 minutos	Duas vezes por semana
8	Oitava semana	Conduta ante as parasitoses intestinais.	Expositivo.	30 minutos	Duas vezes por semana