

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Turma 15



**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Emelecio Figueredo Cabrera**

**PARASITÓSES INTESTINAIS: PROJETO DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE NOVA PALESTINA NO MUNICÍPIO NOVA ESPERANÇA DO PIRIÁ.**

**PARÁ.**

**2018**

Emelecio Figueredo Cabrera

**PARASITOSES INTESTINAIS: PROJETO DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE NOVA PALESTINA NO MUNICÍPIO NOVA ESPERANÇA DO PIRIÁ.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à UNASUS/UFCSPA como requisito parcial para conclusão de Especialização em Saúde da Família.

Professor-orientador: Fabio Franchi Quagliato.

**PARÁ.**

**2018**

## SUMÁRIO.

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....</b>	<b>6</b>
<b>3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....</b>	<b>13</b>
<b>4. VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....</b>	<b>17</b>
<b>5. REFLEXÃO CONCLUSIVA .....</b>	<b>21</b>
<b>6. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>
<b>7. ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>26</b>

## **INTRODUÇÃO.**

Sou o doutor Emelecio Figueredo Cabrera, tenho 45 anos, médico cubano, participante do programa Mais Médico no Brasil desde o dia 13 de Julho 2016, lotado no posto de saúde Nova Palestina pertencente ao município Nova Esperança do Piriá, estado Pará.

Minha trajetória no âmbito acadêmico e profissional sempre esteve vinculada à Saúde Pública. Graduei-me com o título de médico em 15 de julho 1996 pela Universidade de Ciências Médicas do Santiago de Cuba, Cuba. No ano 2000 iniciei como residente, durante três anos, na Especialidade de Medicina Geral Integral, graduado no ano 2003 na Venezuela, desenvolvendo meu trabalho na medicina integral ao indivíduo, a família e a comunidade. Retornei para Cuba no ano 2009 para dar continuidade ao meu trabalho na atenção primária. No ano 2010 participei por dois anos na Bolívia como médico de família.

Estou desenvolvendo meu trabalho no município de Nova Esperança do Piriá, com uma população estimada em 20.727 habitantes. A economia é baseada principalmente na agricultura e comércio. Aproximadamente 70 % da população mora na zona rural. Este município consta com um hospital, duas Unidades Básicas de Saúde e um posto de saúde da família. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi instituído em 1 de Janeiro de 1993. O posto de saúde da família de Nova Palestina, onde atuo, está localizado na zona rural a 32 km da cidade Nova Esperança do Piriá, onde os pequenos negócios, a cria de gado e a plantação de pimenta, feijão e milho são as principais atividades desenvolvidas nesta comunidade. A vila Palestina tem uma população de 2700 habitantes.

A área de abrangência é extensa, dividida em 5 micro áreas cobertas por agentes comunitários de saúde (ACS). As casas em sua maioria têm energia elétrica e iluminação pública, são construções de madeira, com chão de madeira ou terra e o telhado com telha de cerâmica, geralmente são pequenas, com um ou dois cômodos. É frequente a presença de vetores como carapanãs, moscas, ratos, etc. A população não tem acesso a água tratada e em sua maioria não têm hábito de ferver água para o consumo. O povoado apresenta pouco saneamento básico caracterizado principalmente pelo lixo espalhado pela rua. O nível educacional oscila entre ensino fundamental e médio com maior prevalência o ensino fundamental. Na área de abrangência têm uma escola de ensino infantil, uma de ensino fundamental e uma de ensino médio, além uma quadra esportiva e uma igreja católica.

Em nosso território de abrangência os principais problemas de saúde são: as parasitoses intestinais, doenças crônicas não transmissíveis principalmente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tipo 2, gravidez na adolescência, micoses cutâneas, lombalgia e as infecções de vias aéreas superiores.

O tema escolhido para o projeto de intervenção no posto de saúde foi sobre Parasitoses intestinais (que consta nos anexos).

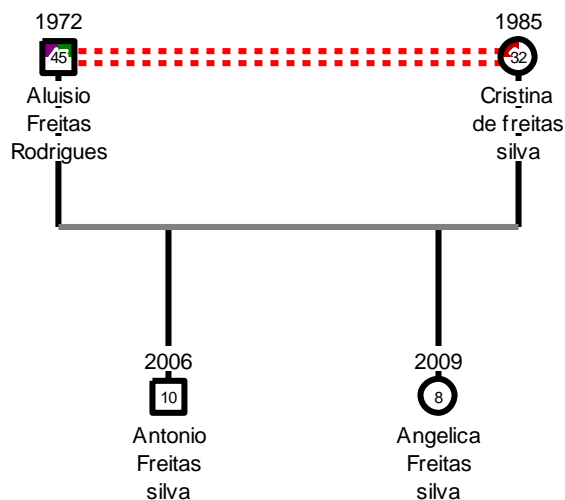
Este projeto esta direcionado para a população do território de abrangência do posto de saúde, com a proposta de fornecer informações relevantes sobre as doenças parasitárias, os fatores higiênico- sanitários mais frequentes relacionados às infecções parasitárias, o modo de transmissão da mesma e as repercussões na saúde das pessoas com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento sobre este problema de saúde, assim como orientar corretamente à população na prevenção e tratamento desta doença. A escolha desta temática foi devido à alta incidência e prevalência das parasitoses intestinais no município de Nova Esperança do Piriá e mais evidente na área rural Nova Palestina, motivo de inspiração para realizar este estudo de intervenção.

## ESTUDO DE CASO CLÍNICO.

Caso família Freitas (os nomes utilizados nesta família são fictícios).

A experiência foi desenvolvida na área de abrangência do posto de saúde da família de Nova Palestina. Em uma visita domiciliar a agente comunitária de saúde Andreia conheceu a família Freitas, família que leva dois anos morando nesta área, composta por quatro membros: Cristina, 32 anos, pele branca, histerectomizada, 62 kg de peso, altura 160 cm, sedentária, baixo nível de escolaridade, com histórico pessoal de Hipertensão Arterial que leva tratamento regular com Enalapril (10 mg) 1 comprimido ao dia; seu marido Aluísio, 45 anos, pele branca, 74 kg de peso, altura 170 cm, baixo nível de escolaridade, com histórico pessoal de Diabetes Mellitus tipo 2 para o qual leva tratamento regular com Metformina (500 mg) 1 comprimido de 12 em 12 horas; os filhos Antônio e Angélica. Antônio, 10 anos, 31 kg de peso, altura 136 cm, anorexia, fadiga generalizada, palidez de pele e mucosas, além disso, queixas frequentes de dor abdominal, Angélica, 8 anos, 24.5 kg de peso, altura 125 cm, com queixas frequentes de dor abdominal e alguns dias apresenta quadros diarreicos. Após verificarmos tais dados, foi realizada a primeira visita a família com o intuito de conhecer as reais condições e o contexto de vida da mesma. A senhora Cristina diz que sua relação com seu marido está em conflito frequente. No exame físico e uso de Glicômetro (dados positivos): Cristina com PA: 150x100 mmHg; Aluísio com glicemia digital de 288 mg/dl; Antônio com palidez de pele e mucosas, distensão do abdome; Angélica com distensão do abdome.

Representação gráfica da família Freitas.



O caso da família Freitas foi discutido na reunião da equipe de saúde da família e para levar à prática o plano de cuidado, foi feita inicialmente uma entrevista informal com os membros da família, que residiam na casa, para conseguirmos fazer um projeto terapêutico singular que promovesse a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, tendo em vista todo o histórico familiar.

O projeto foi realizado através das necessidades que a família possuía e também o que foi observado a partir do decorrer das visitas ao domicílio. Tais necessidades eram, entre outras: o controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para evitar complicações, fazer estudo aos filhos para conhecer as causas da palidez cutânea- mucosas, da dor abdominal frequente e dos quadros diarreicos. Percebeu-se principalmente a necessidade de fazer uma Dinâmica Familiar para a escuta de cada membro da família, esclarecimento de dúvidas sobre as doenças crônicas não transmissíveis, as parasitoses intestinais e como a família pode resolver os problemas cotidianos. Foram realizadas atividades que visavam em melhorar a relação do matrimônio.

Desafios para o desenvolvimento:

Envolvimento emocional (curto prazo).

Os cuidados diários (orientações higiênico- dietéticas e medicações (curto prazo).

Assistência a consultas programadas e realização de exames laboratoriais (curto e médio prazo).

Desenho de ações articuladas com Psicologia e Nutricionista (curto e médio prazo).

Propostas de intervenção para cada membro da família com cronograma e responsáveis.

Paciente Cristina.

Problemas de saúde:

- Hipertensão Arterial descompensada.

- Relação emocional com seu marido.

Proposta de intervenção:

- Apoio da Equipe Básica de Saúde do PSF mediante consultas e visita domiciliar para o cumprimento do o tratamento farmacológico e não farmacológico que inclui aumentar a dose de Enalapril (10 mg) 1 comprimido ao dia, para Enalapril (20 mg) 1 comprimido ao dia, além disso, tratamento não farmacológico (dieta saudável e exercícios físicos aeróbicos).

- Realização de exames como: Hemograma, Glicose, Colesterol, Triglicérides, Urina, Ureia, Creatinina, Ácido Úrico, Eletrocardiograma e Fundo de olho com regularidade.

- Assistir a consulta com Psicóloga da EBS.

Responsáveis: Equipe Básica de Saúde.

Prazo: Curto e médio prazo.

Reavaliação: 3 meses ou 6 meses.

Metas:

- Manter controlada a Hipertensão Arterial, para evitar complicações.

- Alcançar uma relação de harmonia no matrimônio.

Paciente Aluísio.

Problemas de saúde:

- Diabetes Mellitus descompensada.

- Relação emocional com sua mulher.

Proposta de intervenção:

- Apoio da Equipe Básica de Saúde do PSF mediante consultas e visita domiciliar para o cumprimento do o tratamento farmacológico e não farmacológico que inclui aumentar a dose de Metformina (500 mg) 1 comprimido de 12 em 12 horas, para Metformina (850 mg) 1



comprimido de 12 em 12 horas, além disso, tratamento não farmacológico (dieta saudável e exercícios físicos aeróbicos).

Realização de exames como: Hemograma, Glicose, Hemoglobina glicada (HbA1c), Colesterol, Triglicerídeos, Urina, Ureia, Creatinina, Ácido Úrico, Eletrocardiograma e Fundo de olho com regularidade.

-Assistir a consulta com Psicóloga da EBS.

Responsáveis: Equipe Básica de Saúde.

Prazo: Curto e médio prazo.

Reavaliação: 3 meses ou 6 meses.

Metas:

-Manter controlada a Diabetes Mellitus, para evitar complicações. Hemoglobina Glicada (HbA1c) menor de 7%.

-Alcançar uma relação de harmonia no matrimônio.

Os filhos: Antônio e Angélica.

Problemas de saúde:

-Palidez de pele e mucosas.

-Dor abdominal frequente.

-Quadro diarreico.

Proposta de intervenção:

-Realização de exames como: Hemograma completo, exames de fezes, entre outros.

-Apoio da Equipe Básica de Saúde do PSF mediante consultas e visita domiciliar para diagnóstico e tratamento da anemia e das parasitoses intestinais presente de acordo com o quadro clínico e os exames de laboratório.

-Realização de palestra para conscientizar a população da importância do saneamento básico, do tratamento adequado da água de consumo (beber água filtrada ou fervida),lavagem adequado das mãos e dos alimentos, uso de calçados ao andar na terra e na areia, as carnes devem ser cozidas e nunca ingeridas mau passadas são medidas para a prevenção das parasitoses intestinais.

Responsáveis: Equipe Básica de Saúde.

Prazo: Curto e médio prazo.

Reavaliação: 3 meses ou 6 meses.

Metas:

-Eliminar Anemia.

-Eliminar dores abdominais frequentes.

-Eliminar quadros diarreicos.

-Eliminar as parasitoses intestinais.

**Após 15 dias de acompanhamento, avaliamos em consulta os seguintes resultados e as condutas a seguir.**

Senhora Cristina:

PA: 125x80 mmHg, Hemograma com Hemoglobina: 13.5 g/dl e Hematócrito: 40 %; Glicose: 87 mg/dl; Colesterol total:126 mg/dl; Triglicerídeos: 92 mg/dl; Urina: negativa; Ureia: 18 mg/dl; Creatinina: 0.6 mg/dl; Ácido Úrico: 2.9 mg/dl; Eletrocardiograma: normal e Fundo de olho: ainda não foi feito.

Conduta:

Prosseguir com igual tratamento, Enalapril (20 mg) 1 comprimido ao dia, além disso, tratamento não farmacológico (dieta saudável e exercícios físicos aeróbicos).

Realizar o fundo de olho.

Continuar em consulta de Psicologia.

Senhor Aluísio:

PA: 130x70 mmHg, Hemograma com Hemoglobina: 15 g/dl e Hematócrito: 44 %; Glicose: 124 mg/dl; Colesterol total:199 mg/dl; Triglicerídeos: 102 mg/dl; Urina: negativa; Ureia: 32 mg/dl; Creatinina: 0.9 mg/dl; Ácido Úrico: 5.3 mg/dl; Eletrocardiograma: normal e Fundo de olho: ainda não foi feito.

Conduta:

Prosseguir com igual tratamento, Metformina (850 mg) 1 comprimido dev12 em 12 horas, além disso, tratamento não farmacológico (dieta saudável e exercícios físicos aeróbicos).

Realizar o fundo de olho.

Continuar em consulta de Psicologia.

Antônio

Hemograma com Hemoglobina: 10.2 g/dl e Hematócrito: 0.31%; Lâmina do esfregaço periférico: o exame dos eritrócitos mostra hemácias microcíticas e hipocrômicas e exame parasitológico de fezes: Ancylostoma duodenale.

Conduta:

Orientações higiênicas- dietéticas.

Sulfato ferroso em xarope ( 5m/1ml)      Dose: 4 mg/kg/dia.      Peso: 31 kg.

10 ml em xarope = 80 mg de ferro elementar.

8 ml de Sulfato ferroso em xarope de 12 em 12 horas por 2 meses.

Mebendazol (100 mg) 1 comprimido de 12 em 12 horas por 3 dias.

Angélica.

Hemograma com Hemoglobina: 12.2 g/dl e Hematócrito: 0.36 % e exame parasitológico de fezes: *Ancylostoma duodenale*.

Conduta:

Orientações higiênicas- dietéticas.

Mebendazol (100 mg) 1 comprimido de 12 em 12 horas por 3 dias.

**Após 3 meses de acompanhamento, avaliamos em consulta os seguintes resultados:**

- A Hipertensão Arterial da dona Cristina está compensada e o fundo do olho: normal.
- A Diabetes Mellitus do senhor Aluísio está compensada e o fundo do olho: normal, além disso, Hemoglobina Glicada (HbA1c) : 6 %.
- Exames parasitológicos de fezes do Antônio e da Angélica foram negativos.
- Atualmente a Hemoglobina do Antônio é 12.5 g/dl.
- Melhora a relação do matrimônio.

De acordo com Gurgel (2012, p. 260)

As infecções parasitárias se constituem em um dos principais problemas de saúde pública, apresentando-se de forma endêmica em diversas áreas do Brasil. Podem apresentar estreita relação com fatores sócio- demográficos e ambientais, tais como: Precárias condições sócio- econômicas, consumo de água contaminada, estado nutricional dos indivíduos e outros, sendo frequentemente na população infantil.

“Estas infecções são causadas por helmintos e protozoários que acarretam, principalmente nas crianças, má-absorção, diarreia crônica, anemia, desnutrição, e dores abdominais” (GURGEL et al., 2012).

Dá a importância da prevenção e tratamento deste problema de saúde na comunidade.

## **PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.**

Meu trabalho na atenção básica é direcionado a promover saúde preventiva ao indivíduo e sua família através da promoção e prevenção de saúde. No posto de saúde da família de Nova Palestina, município Nova Esperança do Piriá onde trabalho, realizamos ações de saúde na área de abrangência para melhorar os indicadores de saúde da família com especial atenção à puericultura num município com baixa adesão ao acompanhamento deste tipo de consulta, sempre sustentado pelos princípios do Sistema Único de Saúde, o qual possui o compromisso com a Saúde Integral da Criança quando enfoca o acesso universal, o acolhimento, a equidade, o trabalho em equipe, as ações de promoção á saúde e a participação da família.

Estas ações possuem grande importância já que nos permitem orientar e ajudar a família a cuidar bem da criança, prevenindo agravos, promovendo a saúde, a adequada nutrição e a criação de hábitos saudáveis.

Campos et al. (2014, p. 12) afirma que:

O nascimento de um bebê é um momento de transição-chave do ciclo de vida da família. Por tal razão, é muito comum o surgimento de dúvidas, inseguranças e questionamentos. A família deverá reconhecer a equipe de saúde como um ponto de apoio para a superação das dificuldades desta etapa.

Começamos com ações de promoção e prevenção de saúde, desde o atendimento pré-natal, ou seja, onde inicia a puericultura pré-natal com a avaliação do crescimento fetal intrauterina, indicador importante para avaliar desenvolvimento intrauterino da criança.

De acordo com Corrêa Filho (2012, p. 7)

Nos serviços de atenção básica, os profissionais que realizam o pré-natal frequentemente são os que seguirão acompanhando a família durante a puericultura da criança. Sendo assim, o vínculo entre a equipe de saúde e a família do recém-nascido. Para o acompanhamento da criança deve preferencialmente se iniciar pelo menos desde o pré-natal.

Após o nascimento o acompanhamento da criança inicia com a visita domiciliar pela Equipe Básica de Saúde na primeira semana após a realização do parto e nascimento, com o

objetivo de identificar situações de risco, saneamento básico, além de apresentar orientações dos cuidados gerais, da higiene e da importância do aleitamento materno, etc.

Na puericultura que realizamos o médico e a enfermagem, atuamos realizando o acompanhamento periódico e sistemático da criança para avaliar o crescimento e desenvolvimento, além disso, oferecemos às mães orientações alimentares, de imunização, higiene corporal e dental, vestuário, vida ao ar livre, exercícios físicos, sono, repouso, prevenção de agravos físicos, estímulos do desenvolvimento, prevenção dos distúrbios de conduta e finalmente, são dadas orientações sobre doença específica, com ações preventivas ou curativas. Na família que desde a consulta pré-natal ou desde o nascimento da criança é orientada a cuidar adequadamente de seu filho, recebe informações antecipadas sobre psicoprofilaxia, vai interagir e educar melhor seus filhos, que futuramente serão cidadãos mais inteligentes e equilibrados, bem inseridos na sociedade.

As ações de promoção e prevenção que os integrantes da Equipe Básica de Saúde promovemos em palestra ou conversa e encontro nas consultas, visita domiciliar, reuniões, grupos de mães, sala de espera, creches e escola são:

- Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento.
- Busca ativa de recém-nascidos de risco e de crianças em situação de vulnerabilidade.
- Busca ativa de puérperas de risco ou em situação de vulnerabilidade.
- Divulgar a importância da puericultura.
- Fazer promoção dos cuidados do recém-nascido e criança pequena (lavagem de mãos por todas) as pessoas que têm contato com o bebê, com o objetivo de evitar a propagação de micro-organismos causadores de doenças respiratórias e outras; orientar a família de modo a não permitir que pessoas fumem dentro de casa ou que aqueles que acabaram de fumar peguem o bebê no colo; orientar respeito do banho e sobre os cuidados com o coto umbilical; orientar sobre a troca de fraldas, a prevenção de assaduras, os hábitos de sono e os diferentes tipos de choro (fome, desconforto e dor); orientar a respeito da posição supina (de “barriga para cima”) para dormir e a sua relação de proteção contra a morte súbita da criança; evitar o uso de chupetas (“bicos”) entre outras medidas.

- Promoção dos benefícios do aleitamento materno até os 6 meses e da alimentação complementar saudável.
- Garantia do acesso às vacinas disponíveis no SUS e a importância da mesma na prevenção de doenças.
- Fomentamos o fortalecimento do vínculo familiar com o PSF para informar e conscientizar à família.
- Damos orientações sobre prevenção de acidentes (não deixar a criança sozinha na banheira, mesmo que com pouca água; orientar à família a manter as grades do berço em boa distância (a distância entre as ripas da grade do berço não deve ser superior a 6 cm); orientar à família a utilizar cobertas leves e travesseiro firme para evitar a sufocação do bebê; orientar que se estiver frio, é preferível agasalhá-lo com maior quantidade de roupas do que cobri-lo com muitas cobertas; orientar que o transporte do bebê em automóvel deve ser feito sempre no banco traseiro, em cadeirinha especial para lactente, com cinto de segurança e com a criança posicionada na cadeirinha apropriada de costas para o motorista; orientar que a criança não deve ser deixada perto de animais, mesmo os animais de casa, pois eles podem ter reações imprevisíveis).
- Damos orientações sobre prevenção da anemia (os suplementos vitamínicos e a importância de conhecer os alimentos que favorecem ou prejudicam na absorção do ferro).
- Damos orientações aos pais em relação ao desenvolvimento das funções fisiológicas e comportamentais da criança, tais como: choro, padrão de sono, controle de esfíncteres, sexualidade e disciplina.
- Damos orientações sobre higiene pessoal e ambiental, além disso, sobre saúde bucal.
- Damos orientações de promoção para evitar a parasitose intestinal em crianças (uso de calçados, lavagem e/ou cozimento adequado dos alimentos, lavagem das mãos antes das refeições, manutenção de unhas curtas e limpas, boa higiene pessoal e proteção dos alimentos contra poeira e insetos, tratamento adequado da água de consumo (beber água filtrada ou fervida) e evitar defecar a céu aberto).

Com as ações de promoção e prevenção de saúde que realizamos em nossa área de abrangência, conseguimos um elo entre profissional e família onde trabalhamos em favor da educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de

agravos à saúde, podendo oferecer medidas preventivas mais eficazes. Aonde a puericultura funciona como uma ferramenta indispensável para lograr um relacionamento mais efetivo entre profissionais de saúde, as crianças e sua família a fim de possibilitar uma assistência integral e promover qualidade de vida.

Estas ações tiveram um impacto positivo em nossa área de abrangência já que se conseguiu incentivar o interesse dos pais e a família pela consulta de puericultura em nosso posto de saúde de um 90 % num município com uma baixa adesão ao acompanhamento de consulta de puericultura. Tendo como resultado um aumento do número de consulta de puericultura de 0 – 6 anos e principalmente de 0- 2 anos, diminuiu o número de faltosas à consulta de puericultura, aumento da quantidade de crianças com aleitamento materno até 6 meses de vida, diminuiu os acidentes no domicílio, diminuiu as crianças com vacinas atrasadas e aumentou o conhecimento das mães sobre crescimento e desenvolvimento de seu filho.

Além disso, melhoro o cadastro das puérperas e das crianças de 0 – 6 anos onde todas estão cadastradas e incluídas no programa de acompanhamento, fazendo possível realizar um levantamento de dados que são eficazes para o atendimento através de consultas agendadas. Mais com a capacitação permanente dos profissionais de saúde, a melhorado a qualidade do atendimento às crianças na consulta de puericultura.



## **VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.**

Segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a atenção domiciliar (AD) constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio” (BRASIL, 2011).

A visita domiciliar (VD) configura-se como uma das modalidades da atenção domiciliar à saúde, abrangendo a atenção, o atendimento e a internação domiciliares. A visita fornece subsídios para a execução das demais modalidades (ABRAHÃO E LAGRAGE, 2009).

De acordo com Pereira (2014, p. 21)

[...] a VD só se configura como instrumento intervencionista das equipes de saúde da família quando previamente planejada e realizada de forma sistematizada, iniciando-se antes e continuamente após o ato da visitação. Nem toda ida do profissional ao domicílio do usuário pode ser considerada VD, pois para se caracterizar como tal deve estar pautada em objetivos claros e ser previamente delineada pela equipe de profissionais.

No Posto de Saúde de Nova Palestina, o agendamento para as visitas domiciliares ocorrem de quatro formas: por reivindicação dos agentes comunitários de saúde, por solicitação de familiares ou cuidador, por recomendação médica ou assistencial (após alta hospitalar), e a partir das consultas com médico e enfermagem e as considerações destes profissionais da necessidade de visita do paciente. Todas as terças-feiras à tarde são organizadas para as visitas domiciliares a partir da reunião de equipe, onde estabelecemos quais são as visitas domiciliares que serão realizadas com apoio do transporte disponibilizado pela secretaria de saúde do município ou com transporte próprio da família dos pacientes.

Para lograr uma abordagem mais objetiva à questão das visitas domiciliares nas reuniões semanais da equipe, optou-se por seguir um protocolo de visitas domiciliares, utilizando-se para esse fim a escala de Coelho e Savassi (Figura 1).

Figura 1- Escore de Coelho e Savassi para visita domiciliar:

Dados da Ficha A		Escores do risco
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (grave)		3
Drogadicção		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de 6 meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Diabetes Melito		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual 1	2
	Se menor que 1	0
<b>Classificação</b>		
Risco menor	Até 6 pontos	
Risco médio	De 7 a 9 pontos	
Risco máximo	Maior que 9 pontos	

Fonte: Coelho e Savassi, 2004.

Para garantir uma adequada abordagem familiar e a coleta dos dados necessários todos os integrantes da Equipe de Saúde passaram por um treinamento. Depois do treinamento estabeleceu-se que os dados seriam obtidos de duas formas: a primeira, durante o recadastramento das famílias que foi iniciado junto com as atividades da ESF; a segunda, em visita domiciliar solicitada por familiar ou cuidador aos integrantes da equipe. Finalmente, após a definição do risco do paciente em questão na visita domiciliar da equipe para levantamento das comorbidades, estabeleceu-se um calendário de visitas, em turno específico para utilização de transporte fornecido pela secretaria de saúde do município. Realizam-se então três a seis visitas em média, dependendo da complexidade e tempo do atendimento, as terças-feiras entre 13:00 horas e 17:00 horas. A equipe de visita é composta por médico, técnico de enfermagem, enfermeiro e ACS.

Dentre as diversas visitas domiciliares realizadas, destacou-se o caso de dona M.S.S, de 61 anos, fumante há 20 anos, visitada no domicílio o mês passado pela nossa equipe de saúde. A senhora trabalhou por muitos anos como auxiliar de serviço geral na escola do município onde sofreu uma queda provocando uma fratura do quadril direito há 1 ano pelo que permanece numa cadeira de rodas ficando impossibilitada de trabalhar e fazer as tarefas do lar. Atualmente é divorciada e mora com sua segunda filha, de 40 anos, diretora da creche

do município, seu genro que trabalha de pedreiro e com uma sobrinha, divorciada e que cuida dela. Na primeira visita domiciliar, pela ACS, a senhora referiu dor na perna esquerda, calafrios, febre com 5 dias de evolução e tosse seca principalmente de manhã que já tinha apresentado há 10 anos só que agora era mais frequente e ligeira opressão no peito pelo que o caso me foi apresentado pela ACS. No horário da tarde a senhora foi visitada por minha equipe. Fiz um interrogatório exaustivo dos sintomas, na anamnese apresenta sintomas pulmonares, debilidade, dor na perna esquerda e febre que oscila entre 38°C e 39°C, não apresenta sintomas cardiovasculares e ainda dor no quadril direito produto da fratura. Ao exame físico, a dona encontra-se corada, hidratada, PA 120x70 mmHg, FC: 76 bpm, FR:12 resp. por minuto, batimentos cardíacos normorritmicos, murmúrio vesicular diminuído e sibilantes distribuídos difusamente, sem sinais neurológicos focais, temperatura 37,5 °C e observasse o terço distal da pele da perna esquerda avermelhada, quente e dolorosa à palpação. Sua filha tinha dado dipirona ( 500 mg ) 1 comprimido há uma hora.

Minha enfermeira aplicou o mini exame de estado mental normal acima de 27 pontos, avaliação funcional de grau F (independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional) para atividades básicas da vida diária e Escala de Lawton para atividades instrumentais de 13/27. Ao final do atendimento sua filha referiu que precisa da ajuda da sua família já que ela constitui o suporte econômico da sua família e que precisa da assistência no domicílio pela ESF.

Coloquei as minhas impressões no prontuário e fiz uma lista de problemas:

- Paciente com Fratura antiga do quadril direito em uso da cadeira de rodas.
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.
- Linfangite Aguda.

A paciente foi medicada com antibióticos: Ceftriaxona (pó para solução injetável 1 gramo) 1 gramo de 12 em 12 horas por 7 dias, analgésicos-antipiréticos: Dipirona (500mg) de 6 em 6 horas se tivesse dor ou febre, broncodilatador: Salbutamol Spray 100mcg 2-4 jatos se falta ar, foi solicitado exames de laboratório, exame de BAAR de escarro e Raio x de tórax além de explicar à cuidadora a orientação correta dos horários para as refeições e demais atividades diárias, após da melhora da doença aguda permitir a realização de alguma tarefa do lar para lograr manter a senhora ocupada, conseguir elevar a autoestima permitindo a toma de decisões sozinha, orientar em conjunto com a cuidadora a realização de exercício e

proporcionar momentos de inclusão e participação ativa na convivência com outras pessoas, a mobilização constante da paciente e orientar cessar tabagismo para evitar a DPOC se agrave.

Após do tratamento médico a senhora M.S.S conseguiu a melhoria dos sintomas e sinais que apresentava. Os exames indicado foram negativo, exceto Raio-X de tórax (PA) com sinais de DPOC. Mas foi possível estabelecer um plano conjunto de cuidado com participação ativa da paciente, do cuidador, a família, a equipe de saúde e do NASF. A paciente entendeu a consequência do hábito de fumar e conseguiu parar de fumar. Além disso, iniciou a realização de fisioterapia.

As visitas dos pacientes idosos com doenças crônicas, degenerativas, paraplégicos ou acamados são umas das mais realizadas, onde estabelecemos em conjunto com o paciente e o cuidador um plano conjunto de cuidado, sempre reforçando as orientações ao cuidador ou a família sobre a importância da medicação e o horário, da correta alimentação, higiene pessoal do paciente, da mobilização para evitar o aparecimento das úlceras por pressão nas áreas de apoio do corpo e evitar o desenvolvimento de infecções respiratórias como pneumonias. Estes pacientes com muita frequência são avaliados em conjunto com o fisioterapeuta, nutricionista, assistência social e psicóloga do município, com impacto positivo no cuidado aos pacientes acamados ou impossibilitados de procurar assistência na unidade por limitação permanente ou temporária.

Como as visitas domiciliares fazem parte da rotina no atendimento do posto de saúde de Nova Palestina todos os profissionais da ESF estão envolvidos no desenvolvimento da visita domiciliar e concordamos na importância de prestar atenção aos pacientes que por qualquer motivo não podem comparecer ao posto de saúde, oferecendo uma assistência de qualidade o que permite estabelecer uma relação direta com a população, conhecer seus modos de vida, crenças, padrões de comportamento além de facilitar a compreensão e o cuidado às famílias atendidas.

## **REFLEXÃO CONCLUSIVA.**

Não obstante de ter tido experiência em outros países com a Atenção Primária de Saúde antes de ter iniciado meu trabalho em minha comunidade, o conhecimento adquirido durante a Especialização em Saúde da Família me ajudou a interiorizar, entender e ampliar meu conhecimento referente à saúde do indivíduo, a família e a comunidade adquirindo maior responsabilidade e sensibilidade em meu trabalho como médico da Atenção Básica.

A proposta didática apresentada pela UNASUS/UFCSPA em seu ambiente virtual ajudou-me através de diversos instrumentos, associações e recursos multimídia a interagir com um contexto virtual que simula a realidade. Através da contextualização apresentada pelas cidades fictícias de: Santa Fé, Muiraquitã e São Luiz Gonzaga pôde-se traçar em diversos momentos paralelos com a realidade cotidiana das situações que se apresentavam na unidade de atuação. Não somente em relação a casos clínicos, mais também a situações de conflitos que exigiam constantes reflexões sobre a melhor forma de lidar com os distintos perfis dos usuários, atores e gestores da saúde.

Este ambiente virtual me permitiu ampliar meus conhecimentos de tal modo que pudesse aplicá-los na minha rotina de trabalho, não apenas no que diz respeito aos aspectos clínicos, profissionais, mas também no que se relaciona às competências necessárias para atuar ativamente em todo o processo de trabalho, tornando-me, assim, um ator capaz de influenciar positivamente a realidade de vida da população.

A organização em dois eixos principais: o eixo curricular I, correspondente aos assuntos pertinentes ao campo da saúde coletiva, e o eixo curricular II, direcionado às atividades de cunho profissional possibilita que a Atenção Básica fosse extensamente abordada, assim como as ferramentas das quais ela dispõe, de forma a proporcionar aos profissionais métodos de exercerem sua função. Tornou-se, portanto, mais fácil organizar o trabalho diariamente. A criação de uma agenda profissional, por exemplo, é método elementar na organização da equipe. Da mesma forma, a territorialização também é ferramenta organizacional da equipe e, através dos mapas, torna possível compreender as necessidades da população atendida.

As atividades em grupo, importantes formas de atendimento na Atenção Básica, são outro grande propósito que a especialização aborda e que foi imensamente explorada em meu

posto de saúde. No capítulo referente ao tema, neste trabalho, bem como no Projeto de Intervenção, foi debatido e aplicado o uso deste método. Similarmente, a educação em saúde, que se faz tão frutífera na Atenção Básica, conectou a especialização e a prática clínica, favorecendo o cuidado aos pacientes.

Os casos clínicos do Curso de Especialização foram elaborados de forma concatenada com a realidade da Atenção Básica e conforme aos programas: saúde da mulher, saúde do homem, puericultura, pré-natal, doenças crônicas não transmissíveis e doenças transmissíveis, saúde mental e visita domiciliar entre outros. Portanto, foram extremamente utilizados na prática diária em nosso posto de saúde. Isto motivou à revisão constante dos Cadernos de Atenção Básica e Diretrizes do Ministério da Saúde. Por exemplo, seguindo as diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero de Maio, 2016. No posto de saúde da família onde atuo as ações para o exame do rastreamento de câncer do colo de útero inicia com o cadastro sistemático de todas as pacientes no território de abrangência e a identificação das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos assim como aquelas mulheres que têm risco elevado para a doença (tabagismo, início precoce da vida sexual, número elevado de parceiros sexuais e de gestações, a imunossupressão e o uso de pílula anticoncepcional). Essas mulheres são encaminhadas ao posto de saúde por meio de agendamentos específicos. Nas consultas e nas visitas domiciliares são incentivadas à realização do exame às usuárias que não comparecem ao exame citopatológico de prevenção do colo de útero ou aquelas que não fizeram a coleta dentro da periodicidade recomendada. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, estas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

Sem dúvida, outra ferramenta auxiliar foi à organização do prontuário no molde do “SOAP”. Quando cheguei ao município de Nova Esperança do Piriá, no posto de saúde de Nova Palestina, os prontuários eram pobres em informações, basicamente com queixa principal, diagnóstico e conduta. Adotei o SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano terapêutico), valorizando a locução do paciente, e sempre a procura de um plano terapêutico

amplo e dialogado, foi outra mudança estabelecida e que enriqueceu a investigação diagnóstica, bem como o vínculo com o usuário.

Passei a dar mais importância no trabalho em equipe multidisciplinar, passando a fazer reuniões regulares. Além disso, o alento do vínculo com os pacientes e a percepção de que eles podem ser atores no processo de cuidado é compensador. Indubitavelmente, ainda é necessário aprimorar os conhecimentos científicos e buscar aprender sempre mais sobre as ferramentas da Atenção Básica.

O uso da ferramenta do portfólio constituiu uma experiência gratificante já que reúne todos os trabalhos desenvolvidos durante o período do curso da Especialização em Saúde da Família, permitindo-me reunir informações reflexivas e críticas acerca dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos, podendo ampliar minhas habilidades em APS e relacionar as discussões do curso com o cotidiano de meu trabalho com a população.

Finalmente concluo que ter cursado a Especialização em Saúde da Família me tornou um profissional maior preparado e conhecedor do meu trabalho e atribuições na Atenção Básica de saúde, mas penso que ainda tenho que continuar aprendendo e aprofundando sobre as ferramentas que ela dispõe.

**REFERÊNCIAS.**

Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009. P. 151-72.

AFFONSO A.G.A.; FONSECA A.C.C.F.; SAD C.T.; CALAZANS G.M.C. Protocolo de Asma: Diagnóstico e manejo. Belo Horizonte, 2015.

CAMPOS JÚNIOR, D. et al. Tratado de Pediatria - Sociedade Brasileira de Pediatria. 3ª Edição. Barueri, SP: Manole, 2014.

COELHO F L G, SAVASSI LCM. **Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares**. Minas Gerais, 2004.

CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA M. H.; FRANÇA, O. S. **Novos olhares sobre gestação e a criança até três anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê**. São Paulo: L.G.E., 2012.

Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. PORTARIA Nº 497, DE 09 DE MAIO DE 2016.

GURGEL, R.Q; CARDOSO, G.S; SILVA, A.M; SANTOS, L.N; OLIVEIRA, R.C.V. **Creche: ambiente expositor ou protetor nas infestações por parasitas intestinais em Aracaju, SE**. Ver Soc Bras Med Trop. p. 267, 2012.

GUSSO G.; LOPES J.M.C. Tratado de medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v.

Harrison internal medicine, 17th edition, Copyright 2008, by The McGraw-Hill Companies.

Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF), 2007.

Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº25. Doenças respiratórias crônicas. Brasília (DF), 2010.



Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº30. PROCEDIMENTOS. Brasília (DF), 2007.

Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília (DF), 2014.

Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília (DF), 2012.

Ministério da Saúde. Caderno de Atenção domiciliar. Volume 1. Brasília (DF), 2012.

Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.

Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA *et al.* Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-80.

**ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.****Universidade federal de ciências de saúde de Porto Alegre.**

Curso de especialização em Saúde da Família.

Turma 15



Emelecio Figueredo Cabrera.

**Projeto de intervenção**

**PARASITOSSES INTESTINAIS: PROJETO DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE NOVA PALESTINA NO MUNICÍPIO NOVA ESPERANÇA DO PIRIÁ.**

Orientador (a): Ana Kolling.

**PARÁ.**

**2017.**

## **RESUMO.**

As doenças parasitárias são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e repercutem principalmente na saúde das pessoas. O presente estudo será realizado na área de abrangência da Equipe Nova Palestina, do município Nova Esperança do Piriá, este município apresenta altos índices de analfabetismo e condições precárias de saneamento básico. Dados na literatura ratificam a forte relação entre estes fatores e a incidência e prevalência das parasitoses. Este estudo tem com objetivo propor um plano de intervenção para a redução do índice de parasitose intestinal nesta comunidade (ações educativas em posto de saúde, escolas e comunidade). Para consecução dos objetivos, será realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema; a coleta de informações por meio de uma enquete feita aos pacientes que recebem atendimento no Posto de Saúde com sintomas de Parasitose intestinal e positividade nos exames parasitológicos de fezes; a descrição e explicação das parasitoses, considerando importante entender a gênese das mesmas, a partir da identificação de suas causas e consequências, levantando os nós críticos do problema e fazendo a descrição de viabilidade do projeto; desenvolver um plano operativo para o enfrentamento do problema (elaboração do plano de ação e execução).

**SUMÁRIO.**

1. INTRODUÇÃO -----	29
2. JUSTIFICATIVA -----	31
3. OBJETIVOS -----	32
3.1. OBJETIVO GERAL-----	32
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS-----	32
4. REVISÃO DA LITERATURA-----	33
5. METODOLOGIA-----	41
6. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES -----	42
7. RECURSOS NECESSÁRIOS-----	43
8. RESULTADOS ESPERADOS-----	44
8. REFERÊNCIAS -----	45
9. APÊNDICES E ANEXOS -----	48

## **INTRODUÇÃO.**

As infecções causadas por parasitas intestinais são um problema de saúde em todo o mundo, especialmente em regiões tropicais e subtropicais, é possível encontrar altas taxas de prevalência e ampla difusão. Por causa disso, o controle dos mesmos é um dos objetivos prioritários da organização mundial de saúde (ZAIDEN et al.,2008; RERREIRA et al., 2010).

As parasitoses intestinais representam um problema médico-social, que afeta o chamado terceiro mundo. Em termos gerais, considera-se que existam na população mundial 3,2 bilhões de casos de parasitose por nematódeos, 1,11 bilhões de pessoas infectadas por cestódeos e 240 milhões por trematódeos. Do mesmo modo, é aceito que 20 a 50 % da população mundial são afetadas por *Giardia* e *Ameba*, incluindo os países desenvolvidos. Deve notar-se que é frequente o poliparasitismo em muitas pessoas, por isso, é preciso entender exatamente a magnitude do problema (CARVALHO et al.,2002; BOIA et al.,2009).

As infecções parasitárias se constituem em um dos principais problemas de saúde pública, apresentando-se de forma endêmica em diversas áreas do Brasil. Podem apresentar estreita relação com fatores sócio- demográficos e ambientais, tais como: Precárias condições sócio- econômicas, consumo de água contaminada, estado nutricional dos indivíduos e outros, sendo frequentemente a população infantil a mais atingida escolar (PRADO et al., 2001; LUIDWIG et al.,2009; GURGEL et al 2012).

No estado Pará, as parasitoses intestinais aparecem como um dos principais fatores responsáveis pela desnutrição e morbidade na infância. As parasitoses intestinais são infecções causadas por helmintos e protozoários que acarretam, principalmente nas crianças, má-absorção, diarreia crônica, anemia, desnutrição, e dores abdominais. As crianças acometidas por parasitoses podem apresentar retardo no desenvolvimento físico e cognitivo, acarretando dificuldade de concentração e aprendizado, o que resulta em baixo rendimento escolar (PRADO et al., 2001; LUIDWIG et al.,2009; GURGEL et al., 2012).

As parasitoses, em geral, são transmitidas por contato direto fecal-oral ou contaminação de alimentos e água em ambientes com condições sanitárias inadequadas. A população de baixa renda, que reside em ambientes de alta contaminação, com aglomeração intensa de pessoas, sem acesso ao saneamento básico e coleta de lixo, tem um maior risco de se-infectar.

Os parasitas intestinais, além de agredirem o ser humano, parecem estar associados a interferências no estado nutricional e no crescimento, uma vez que tem sido detectada tanto a coexistência do parasitismo com deficiências nutricionais como a influencia de um sobre o outro (STEPSON et al.,2007; MUNIZ-JUNQUEIRA & QUEIROS et al., 2012; HLAING et al., 2012; CARVALHO-COSTA et al., 2013). Representam, portanto um problema de ordem sanitária e social (SATURNINO et al., 2003).

A infecção parasitária é quase sempre negligenciada. Os indivíduos permanecem doentes de forma silenciosa por longos anos, o que causa sérios problemas, principalmente nas crianças, nas quais a evolução da infecção pode determinar desde quadros assintomáticos até falta de apetite, seguida por emagrecimento e diarreia (ORLANDI et al., 2011; VARGAS et al.,2014).

No município Nova Esperança do Piriá, as parasitoses também constituem um problema de saúde que afeta a população adstrita da unidade onde eu atuo, devido fundamentalmente, aos maus hábitos higiênico sanitários da população, tratamento inadequado da água de consumo e ao insuficiente nível de informação sobre doenças parasitárias na população. Além disso, observaram-se altos índices de positividade nos exames parasitológicos de fezes desses pacientes. O que é motivo de inspiração para realizar este estudo de intervenção.

## **JUSTIFICATIVA.**

De acordo com Gurgel (2012) as parasitoses intestinais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A prevalência e a incidência dessas doenças atingem níveis epidêmicos, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (FREI et al., 2008).

De acordo com Frei et al. (2008) o desconhecimento de princípios de higiene pessoal e de cuidados na preparação de dos alimentos facilita a infecção e predispõe a reinfecção em áreas endêmicas.

Segundo o IBGE (2013), a porcentagem da população servida por rede de água é menor na zona rural, em relação à urbana, em todas as regiões do Brasil, respectivamente, 91,9% e 25,2%. Há também menor cobertura de rede sanitária na zona rural. Em algumas regiões (Norte, Nordeste e Centro-Oeste), essa cobertura é menor do que 60%, inclusive na zona urbana. Isso demonstra que grande parte da população brasileira se encontra em condições que propiciam a aquisição de enteroparasitoses.

Em suma, indivíduos que vivem em condições semelhantes à comunidade coberta pelo PSF de Nova Palestina estão propensos à aquisição das enteroparasitoses. Este fato vem sendo observado na forma de quadros clínicos das crianças e adultos compatíveis com essas doenças, histórias prévias nos prontuários e casos frequentes de reinfecção, constatados nas consultas médicas. Portanto, há necessidade de formulação e aplicação de medidas políticas intersetoriais que garantam o acesso universal aos serviços de saúde e a promoção de projetos de educação sanitária e ambiental.

## **OBJETIVOS.**

### Geral

Propor um plano de intervenção para a redução do índice de parasitose intestinal na comunidade Nova Palestina do município Nova Esperança do Piriá.

### Específicos

- Realizar revisão bibliográfica sobre os fatores relacionados às infecções parasitárias mais frequentes, modo de transmissão e repercussões na saúde das pessoas com o objetivo de orientar corretamente a população.
- Conscientizar a população da importância do tratamento adequado da água de consumo na prevenção da parasitose intestinal.
- Incentivar a realização de palestra pelos profissionais da equipe na comunidade sobre a parasitose intestinal para aumentar o nível de informação da população.



## **REVISÃO DA LITERATURA.**

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

A OMS estimou, em 1987, que mais de 900 milhões de pessoas no mundo estavam parasitadas pelo *Ascaris lumbricoides*, 900 milhões por *Ancilostomideos* e 500 milhões por *Trichuris trichiura* (OMS, 1994). As parasitoses podem favorecer o aparecimento ou agravamento da desnutrição.

Os mecanismos através dos quais elas desencadeiam a desnutrição são: (1) lesão de mucosa (*Giardia lamblia*, *Necator americanus*, *Strongyloides stercoralis*, coccidios); (2) alteração do metabolismo dos sais biliares (*Giardia lamblia*); (3) competição alimentar (*Ascaris lumbricoides*); (4) exsudação intestinal (*Giardia lamblia*, *Strongyloides stercoralis*, *Necator americanus* e *Trichuris trichiura*); (5) favorecimento de proliferação bacteriana (*Entamoeba histolytica*); (6) sangramento (*Necator americanus*, *Trichuris trichiura*). (MOTA et al., 2006).

Em crianças entre 0 e 5 anos, as parasitoses intestinais tornam-se mais freqüentes devido aos hábitos de higiene e imaturidade imunológica (UCHOA et al.,2001). Sua incidência é mundial tendo maior prevalência nas regiões tropicais e subtropicais, sendo mais relacionadas com as precárias condições de higiene, educação sanitária e alimentação dos povos subdesenvolvidos dessas regiões do que propriamente ao clima (MOTTA et al., 2004).

### **Parasitoses intestinais provocadas por protozoários.**

**Amebíase:** Causada pela *Entamoeba histolytica*, protozoário capaz de parasitar o intestino grosso humano (ANDRADE et al., 2010).A ameba vive no lúmen do intestino grosso sob a forma de trofozoíta, reproduzindo-se assexuadamente, por divisão binária (ANDRADE et al., 2010).

A transmissão da Amebíase ocorre pela ingestão de água e alimentos contaminados. Apesar da expressiva taxa de mortalidade, muitos casos são assintomáticos, sugerindo a existência de outra espécie de Ameba não patogênica (NEVES; MELO; LINARDI, 2005; WALSH, 1986). Em 1997, a OMS reconheceu a proposta de classificar a Entamoeba díspar como espécie responsável pela maioria das infecções assintomáticas (WHO, 1997). Portanto, existem duas espécies distintas, mas morfologicamente idênticas: Entamoeba histolytica e Entamoeba díspar (MELO, 2004).

“O diagnóstico de amebíase deve ser feito pela pesquisa de trofozoítos ou cistos do parasito em fezes, em aspirados ou raspados, obtidos através de endoscopia ou proctoscopia, aspirados de abcessos ou cortes de tecido” (LOPES, 2006, p.4160). “Quando disponíveis os anticorpos séricos auxiliam no diagnóstico de abscesso hepático amebiano, assim com a ultrassonografia e tomografia computadorizada”(LOPES, 2006, p.4160). “Recomenda-se o exame de três amostras de fezes para obter uma sensibilidade em torno de 90%” (LOPES, 2006, p.4160). “O diagnóstico definitivo de amebíase por E. histolytica é feito pela demonstração de hemácias fagocitadas nos trofozoitos” (LOPES, 2006, p.4160). A retossigmoidoscopia é reservada para os casos não elucidados pelo exame de fezes (LOPES, 2006, p.4160). “Deve ser tratada em qualquer forma de apresentação clínica, assintomática ou sintomática”(LOPES, 2006, p.4160). Imidazólicos, como o metronidazol, secnidazol e tinidazol, são agentes de escolha para destruir as formas invasivas presentes nos tecidos, porém, não são eficazes para erradicar os trofozoítos e cistos presentes no lúmen intestinal (LOPES, 2006). Portanto, o tratamento deve ser complementado com drogas de ação intraluminal antiameba (LOPES, 2006).

**Giardíase:** É a infestação promovida pelo protozoário flagelado Giardia lamblia e é considerada pela OMS como uma zoonose, sendo a infecção condicionada pela ingestão de cistos. Estes podem permanecer viáveis em ambientes úmidos, por um período de três meses, e resistem à cloração habitual da água (LOPES, 2006). Cerca de 50% dos indivíduos contaminados apresentam sintomas e estes geralmente são diarreia líquida, com 3 a 5 episódios ao dia, com muco, sem sangue, às vezes acompanhada de desconforto abdominal em cólica, raramente com náuseas, vômitos e febrícula (LOPES, 2006). O quadro pode regredir em semanas ou persistir sob a forma de diarreia crônica com uma síndrome de má absorção e emagrecimento (LOPES, 2006). Quadros atípicos ainda podem simular úlcera péptica ou cólica biliar (LOPES, 2006). O diagnóstico é feito através do exame de fezes,

idealmente 3 amostras, uma a cada 1 semana, pois a eliminação é errática (LOPES, 2006). A técnica a ser usada muda a depender da consistência das fezes. Nas fezes líquidas predominam as formas trofozoítas e a técnica é o exame a fresco, corado com lugol ou hematoxilina-eosina (LOPES, 2006). Nas fezes formadas, predominam os cistos (formas mais resistentes), usando com mais frequência as técnicas de Faust e a de Richie (LOPES, 2006). O tratamento é feito com os Imidazólicos. Emprega-se o tinidazol 50mg/Kg, dose única via oral (VO) para crianças, e na dose de 2g por via oral, também dose única para adultos. O metronidazol também pode ser usado, 250mg VO, 3 vezes por dia, durante 7 a 10 dias e crianças na dose de 15mg/kg/dia, divididos em 3 doses VO, durante mesmo período (LOPES, 2006). Outros Imidazólicos como o secnidazol, Nimozarol e Ornidazol podem também ser usados na mesma dose do tinidazol. O controle de cura é feito com exames de fezes após 7, 14 e 21 dias após o tratamento (LOPES, 2006).

### **Enteroparasitoses causadas por Nematelmintos.**

Os helmintos que parasitam o intestino do homem são os agentes da ascaridíase, estrombiloidíase, ancilostomíase, oxiuríase (enterobíase) e tricuriíase (tricocefalíase) (FAUCE et. al, 2009).

**Ascaridíase:** é a helmintíase causada pelo *Ascaris lumbricoides*, conhecido vulgarmente por lombriga (LOPES, 2006). “A transmissão ocorre através da ingestão de ovos embrionados carreados por mãos sujas de terra ou material fecal, ou ainda por alimentos e água contaminados por fezes” (LOPES, 2006, p.4162). Os ovos ingeridos liberam larvas infectantes no intestino delgado, atravessam a mucosa intestinal, chegam á veia porta, atingindo por último os alvéolos pulmonares e árvore traqueobrônquica, de onde passam para o escarro ou são deglutidas (LOPES, 2006). No tubo digestivo tornam-se vermes adultos, se reproduzem e liberam ovos nas fezes (LOPES, 2006). A passagem pelo fígado pode ocasionar hepatomegalia (especialmente em crianças) e pelos pulmões a síndrome de Loeffler (LOPES, 2006). A ascaridíase pode ser sintomática ou não (LOPES, 2006). “Geralmente os sintomas são náuseas, cólica abdominal e meteorismo” LOPES, 2006, p.4162). Nos casos mais graves pode haver complicações cirúrgicas como abdome agudo obstrutivo, apendicite, obstrução do colédoco, da ampola de váter ou do canal de wirsung, com conseqüente pancreatite (LOPES, 2006, p.4162). O diagnóstico é feito facilmente por qualquer técnica e em qualquer amostra, pois o numero de ovos liberados nas fezes é alto (LOPES, 2006). O tratamento pode ser feito com Levamisol na dose de 150mg VO, em dose única para adultos e 80mg para crianças.

Podem ainda serem utilizados o Albendazol na dose de 400mg, VO, dose única e o Medendazol na dose de 100mg, 2 vezes ao dia, durante 3 dias ou 500mg em dose única (LOPES,2006). Nos casos de obstrução intestinal é sugerida a utilização da passagem de sonda nasoentérica para a administração de Hexaidrato de Piperazina na dose de 200ug/peso juntamente com 50ml de Óleo mineral, ambos com o objetivo de provocar a paralisia flácida dos vermes, facilitando a sua liberação (LOPES, 2006). Quando essa medida não é eficaz, deve-se proceder ao tratamento cirúrgico (LOPES, 2006).

**Ancilostomíase:** Infestação provocada por um conjunto de parasitas pertencentes à família Ancylostomatidae, classificados em duas subfamílias distintas: Ancylostominae e Necatorinae (LOPES, 2006). A primeira abrange as seguintes espécies de interesse médico: *Ancylostoma duodenale*, parasita habitual do ser humano; *Ancylostoma brasiliensis*, parasita habitual de cães e gatos, raramente encontrado no intestino delgado de humanos; e *Ancylostoma caninu*; parasita de cães que raramente parasita seres humanos (LOPES, 2006). Já a segunda subfamília contém apenas uma espécie de interesse médico, *Necator americanus* (LOPES, 2006).

Os ovos de ancilostomídeos são eliminados pelas fezes do homem e, ao encontrarem um ambiente propício, com boa oxigenação, alta umidade e temperatura elevada, passa má forma larvária. Essas larvas, na forma filarióide, penetram na pele, conjuntiva, mucosas ou por via bucal. Após penetrarem na pele alcançam a circulação sanguínea e a linfática, alojandose no coração e nos pulmões. O quadro cutâneo se manifesta por uma dermatite pruriginosa no local da penetração das larvas. As manifestações pulmonares são inespecíficas, podendo haver tosse de longa ou curta duração, expectoração e febrícula. O acometimento intestinal é acompanhado de dor epigástrica, náuseas, vômitos e diarreia, às vezes sanguinolenta ou constipação (NEVES, 2005, p.494).

“A espoliação sanguínea pelo *Ancylostoma* sp é 3 vezes mais intensa que pelo *Necator americanus*, determinando anemia Ferropriva (palidez, astenia, cefaleia, palpitações, edema ou mesmo cor pulmonale)” (LOPES, 2006, p.4162). O diagnóstico é feito através do exame de fezes com técnicas de flutuação, como o método de Willis (LOPES, 2006, p.4162). O tratamento pode ser feito com Albendazol 400mg, dose única ou Mebendazol 100mg, 2 vezes ao dia, durante 3 dias ou dose única de 500mg (LOPES, 2006). O controle da cura deve ser realizado 7, 14 e 21 dias após o tratamento (LOPES, 2006).

**Tricuríase:** “É a infestação promovida por *Trichuris trichiura*, nematóide que geralmente só determina quadros clínicos nos casos de parasitismo muito intenso” (LOPES, 2006, p.4163). “A transmissão ocorre através da ingestão de ovos, com consequente liberação de larvas no intestino grossos, que evoluem para vermes adultos que se alimentam de sangue”(LOPES, 2006, p.4163). “Os sintomas geralmente se manifestam em crianças desnutridas na forma de irritabilidade, insônia, anorexia, diarreia prolongada, por vezes disenteria, enterorragia e prolapso retal”(LOPES, 2006, p.4163). O diagnóstico é feito pelo exame parasitológico utilizando técnicas de Kato-Katz e de concentração (LOPES, 2006). O tratamento pode ser feito com Oxipirantel na dose única de 6 a 8mg/Kg, Albendazol 400mg em dose única, Mebendazol de 100mg, 2 vezes ao dia, durante 3 dias ou dose única de 500mg e Ivermectina na dose única de 200ug/Kg (LOPES, 2006).

**Enterobíase:** é a helmintíase intestinal causada pelo *Enterobius vermicularis*, conhecida também como oxiuríase e transmitida pela ingestão ou inalação de ovos infectados (LOPES, 2006). Estes, ao chegarem ao duodeno, eclodem larvas, que migram para o intestino grosso e lá completam seu desenvolvimento e as fêmeas reproduzem ovos (LOPES, 2006). As fêmeas migram para a região anal e perianal, onde morrem por dessecação e liberam os ovos no meio ambiente (LOPES, 2006). Os sintomas são devido à migração das fêmeas na mucosa anorretal que promove prurido e desconforto local, principalmente à noite (LOPES, 2006). O diagnóstico então é feito mediante esfregaço anal ou swab que consistir em justapor uma fita adesiva na mucosa anal e depois transferi-la para uma lâmina para análise ao microscópio óptico (LOPES, 2006). O tratamento é feito com uma dose de Palmoato de Pirvínio 100mg/kg de peso (LOPES, 2006). Se houver infestação concomitante, pode-se optar pelo Mebendazol na dose de 100mg, 2 vezes ao dia, durante 3 dias ou ainda Albendazol 400mg, dose única(LOPES, 2006). Sobre a prevalência do parasitismo intestinal e seus principais agentes ( Manfroi et al.,2009, p.1) afirmam que: As parasitoses intestinais são muito frequentes em escolares e pré-escolares. São consideradas problema de saúde pública, principalmente em países chamados periféricos, onde são mais frequentes, com prevalências totais, quando considerado o bloco de países mais pobres do mundo, estimada de 26%, 17% e 15% para ascaridíase, tricuriase e ancilostomíase, respectivamente.

Alguns dos exemplos de efeitos na saúde causados por muitas parasitoses são o déficit no desenvolvimento físico e cognitivo e a desnutrição (WHO, 2002). Um estudo realizado em 1999 mostrou, ainda, que crianças que possuem parasitismo intestinal apresentam pior estado nutricional (peso/altura) que as que não possuem (TSUYOUKA, 1999). Além disso, foi visto

também que a Hipovitaminose A, é comumente encontrada em casos de má nutrição e parasitose intestinal. Este mesmo estudo mostrou que houve melhora da anemia e nos níveis séricos de vitamina A após tratamento das parasitoses juntamente à administração desta vitamina em crianças (TANUMIHARDJO, 2004). Segundo Sur (2005), o tratamento massivo de ascaridíase causou aumento de 10% no peso de 40% das crianças tratadas, quando comparado ao grupo controle (menos de 29% das crianças com aumento de 10% do peso;  $p < 0,01$ ). Confirma-se, através destes casos, a necessidade de implantação de programas de desvermificação periódica nas comunidades mais vulneráveis (SUR, 2005). Os parasitas mais comumente encontrados nas crianças pré-escolares e escolares, em nosso meio, compreendem *Giardia lamblia*, *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e *Ancylostoma duodenalis*, como a mais comum das ancilostomíases (MANFROI et al., 2009 apud COSTA-MACEDO, 1998 e MONTEIRO et al, 1988). Menos prevalentes são as parasitoses causadas por *Strongyloides stercoralis* (MANFROI, 2009). “Também foi encontrado menos frequentemente o *Enterobius vermicularis*, porém o método diagnóstico para esse parasita não costuma ser o coproparasitológico” (MANFROI et al., 2009). Quanto à amebíase, em algumas das referências pesquisadas, o parasita aparece com baixa prevalência e em outras, evidencia-se como uma das enteroparasitoses mais prevalentes, juntamente com *Giardia*, *Ascaris* e *Trichuris* (MANFROI, 2009). Não foi considerado parasita com baixa prevalência geral, o *Schistosoma mansoni*, causador de esquistossomose, por exemplo, visto ser endêmico a regiões restritas (MANFROI et al., 2009).

*Entamoeba coli* e *Endolimax* são parasitas frequentemente encontrados nos exames coproparasitológicos e comensais, geralmente sem ação patogênica (MANFROI et al., 2009). A prevalência das enteroparasitoses é muito variada no país, ao redor do mundo e mesmo em comunidades de um mesmo município, pois o principal determinante são as condições de higiene e saneamento básico, bem como os níveis sócio econômicos e de escolaridade da população analisada (ANDRADE et. al., 2010). “As maiores prevalências ocorrem onde estas condições são mais precárias, o mesmo ocorrendo com o poliparasitismo” (MANFROI et al., 2009, p.4). “O risco de infestação diminui para as helmintíases, principalmente, na medida em que a renda familiar e o grau de escolaridade materna aumentam”. (MANFROI et al., 2009,p.4). Devido às diferentes formas de transmissão, há relação menos intensa entre nível socioeconômico e giardíase, esta última predominando sobre os casos de helmintíases quando o nível socioeconômico é mais elevado; porém se mantendo a associação em estratos sociais desfavorecidos (FERREIRA et al., 2000). “Tanto para giardíase como para helmintíases, as

frequências de infestações são maiores em crianças que frequentam creches e escolas públicas e que são provenientes de famílias com faixas salariais e escolaridade dos pais menores” (MACHADO et al., 1999, p. 697). As crianças (2 a 6 anos) que frequentam creches apresentam maior prevalência de parasitoses quando comparadas ao grupo de crianças que não frequentam estas instituições (MANFROI et al., 2009). Estas diferenças mantêm-se tanto para helmintos como, também, para protozoários (GURGEL et. al, 2005). ”Nos casos de enterobíase, as maiores prevalências estão associadas a baixo nível de escolaridade materna, habitações em áreas rurais e às precárias condições de higiene, principalmente, após a defecação” (OKYAY et al., 2004, p.64). A intervenção educativa demonstrou ser eficaz na melhoria na lavagem. Não foram encontradas diferenças significativas nas prevalências entre os sexos para as parasitoses avaliadas (MANFROI et al., 2009).

### **Enteroparasitoses causadas por Platelmintos.**

#### **Esquistossomose.**

A Esquistossomose também é chamada de barriga d’água ou xistose. A etapa do ciclo que ocorre com a participação do homem inicia-se com a penetração de formas infectantes de *Schistosoma mansoni* (cercárias) na pele, geralmente, pés e pernas em contato com águas contaminadas. Ocorre, inicialmente, a dermatite cercariana no local de entrada do parasito. Os principais focos peridomiciliares são as valas de irrigação de hortas, açudes (reservatórios de água e local de lazer) e pequenos córregos (PARISE et al., 2001; BARATA et al.,2001; DNINIZ et al.,2001; TIBIRIÇÁ et al.,2008).

A forma adulta se aloja no fígado, particularmente no sistema porta, causando hepatoesplenomegalia e ascite, hipertensão portal, varizes esofágicas e dor abdominal e tenesmo, Há a possibilidade de evolução para as formas graves da doença, particularmente a hepatoesplenomegalia, podendo levar à morte. As formas medulares agudas também são particularmente graves, pois podem levar à paraplegia, devido a reação granulomatosa intensa neste local, lesando o tecido nervoso. O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível para se evitar progressão das lesões (NEVES; MELO; LINARDI, 2005).

#### **Teníase**

A teníase é causada pelos cestodos *Taenia solium* e *Taenia saginata*. A *T. solium* é adquirida pelo consumo de carne de porco mal cozida e a *T. saginata*, pelo consumo de carne de boi, ambas contendo cisticerco (forma larvária). Há duas formas que a doença pode se apresentar: A teníase e a cisticercose. A primeira é uma doença causada pelo verme adulto. Na cisticercose, ocorre contaminação de *T. solium* pela ingestão de ovos eliminados pelas fezes do doente. Após a ingestão, os embriões migram, principalmente, para o sistema nervoso central (causando a neurocisticercose) globo ocular (levando à cegueira) ou para o tecido muscular (gerando cãibras)(MELO, 2004; NEVES; MELO; LINARDI, 2005).

A evolução pode ser assintomática ou apresentar sintomas inespecíficos como fadiga, irritabilidade, cefaleia, anorexia, náuseas, dor abdominal, perda de peso, diarreia ou constipação e, em alguns casos, obstrução intestinal (MELO, 2004). A neurocisticercose é a forma mais grave, com quadros de convulsões, hipertensão intracraniana, cefaleia, meningite cisticercótica e distúrbios psíquicos. É a principal causa de epilepsia em habitantes de áreas endêmicas (FREITAS et al.,2005).



## **METODOLOGIA.**

O problema foi escolhido através da observação inicial da elevada incidência de parasitoses intestinais na área de abrangência da Equipe Nova Palestina, documentado pela alta positividade de exames parasitológicos de fezes e de sintomatologia característica relatada pelos pacientes afligidos.

Para desenvolver o plano de intervenção serão considerados os seguintes passos. O primeiro passo, fazer uma revisão bibliográfica sobre o tema; esta se realizará através de uma busca dos trabalhos científicos em bancos de dados eletrônicos como são: A biblioteca virtual em saúde (BVS), da Literatura latinoamericana e do Caribe (LILACS), da Scientific Electronic Library Online (SciELO), e publicações da plataforma do programa AGORA do núcleo de educação em saúde coletiva (NESCON), e pelo google acadêmico; e utilizado o método de Planejamento estratégico Situacional (PES), conforme os textos do módulo planejamento e ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS et al., 2010). Para orientar a pesquisa serão usadas como palavras chave: Doenças parasitárias, parasitoses intestinais, programa saúde da família.

Em sequência, o segundo passo será a coleta de informações por meio de uma enquete feita aos pacientes que recebem atendimento no Posto de Saúde com sintomas de Parasitose intestinal e positividade nos exames parasitológicos de fezes.

O terceiro passo será a descrição e explicação das parasitoses, considerando importante entender a gênese das mesmas, a partir da identificação de suas causas e consequências, levantando os nós críticos do problema e fazendo a descrição de viabilidade do projeto.

Por último, após da explicação das parasitoses e identificação das causas consideradas como mais importantes, desenvolver um plano operativo para o enfrentamento do problema. Estas atividades propostas no projeto de intervenção visam contemplar a população como um todo, sem critérios de exclusão na seleção da amostra.



## **RECURSOS NECESSÁRIOS.**

### Recursos Humanos.

Equipe de Saúde da Família composta por 6 agentes comunitários de saúde, 2 técnicos de enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 dentista e 1 nutricionista.

### Recursos Materiais.

- 1 Computador.
- 1 Impressora.
- 1 Datashow.
- 1000 Folhas A4.
- 50 Canetas.
- Requisição para exames laboratoriais.
- Prontuários dos pacientes escolhidos.
- Sala para realização da atividade.

## **RESULTADOS ESPERADOS.**

- Diminuir o número de pessoas com maus hábitos higiênicos sanitários.
- Reduzir o número de pessoas acometidas por parasitoses intestinais, melhoria da qualidade de vida.
- Divulgação do conhecimento sobre parasitoses intestinais na comunidade (capacitação dos profissionais e agentes comunitários de saúde).
- Diminuição da incidência de enteroparasitoses e outras infecções decorrentes da falta de saneamento básico.
- Ampliação do número de atividades educativas com o objetivo de manter a população informada sobre as parasitoses e seus riscos, a partir de ações que estimulem a autonomia dos usuários sobre o cuidado, diminuindo os riscos de infecções.
- Avaliar o nível de informação da população sobre parasitoses.
- Tornar permanente e incluída no processo de trabalho do Posto de Saúde ações/campanhas educativas na comunidade.

**REFERÊNCIAS.**

ANDRADE, E.C; LEITE I.C.G, RODRIGUES V.O.R; CESCA M.G. Parasitoses intestinais: uma revisão sobre os seus aspectos sociais, epidemiológicos, clínicos e terapêuticos. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 231-240, abr./jun. 2010.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 100 anos de Saúde Pública: a visão da Funasa. FUNASA: Brasília, 2004. 232p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.;SANTOS,M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon / UFMG, 2010.

CORRÊA, E.J; VASCONCELOS, M; SOUZA, M.S.L. **Iniciação à metodologia: textos científicos.** Belo Horizonte: Coopmed, 2013. 140p.

COSTA-MACEDO L.M, MACHADO-SILVA J.R, RODRIGUES-SILVA R, OLIVEIRA L.M, VIANA M.S.R. Enteroparasitoses em pré-escolares de comunidades favelizadas da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública.** v.14, p. 851-5, 1998.

DIAS, R.M.D.S. et al. Enteroparasitoses em pacientes acometidos pela síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA). **Rev. Inst. Adolfo Lutz.** v. 48, n. 1-2, p. 63-67, 1988.

FAUCE, A.S; BRAUNWALD, E; KASPER; D.L.; HAUSER, S.L.; LONGO, D.L.; JAMESON, J. L; LOSCALZO, J. HARRISON, T. R. **Harrison Medicina Interna.** 17. Ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2009.

FERREIRA, M.U; FERREIRA, C.S; MONTEIRO, C.A. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev Saúde Pública** v.34, p. 73-82, 2000.

FREI F; JUNCANSEN C; PAES, J.T.R. Levantamento epidemiológico das parasitoses intestinais: viés analítico decorrente do tratamento profilático. **Cad. Saúde Pública.**v.24, n.12, p. 2919-2925, dez, 2008.

FREITAS, F. I. S. et al. Estudo da Cisticercose em pacientes portadores de Epilepsia residentes em Municípios do Cariri Paraibano. **Arq. Neuropsiquiatr.** v. 63, n. 3- A, p. 656-660, 2005.

GUPTA M.C, URRUTIA J.J. Effect of periodic antiascaris and anti giardia treatment on nutritional status of preschool children. **Am J Clin Nutr.** v.36, p.79-86. 1982.

GURGEL, R.Q; CARDOSO, G.S; SILVA, A.M; SANTOS, L.N; OLIVEIRA, R.C.V. Creche: ambiente expositor ou protetor nas infestações por parasitas intestinais em Aracaju, SE. **Ver Soc Bras Med Trop.** v.38, p. 267-9. 2005

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [homepage na internet]. IBGE de 2013 [acesso em 15 junho 2013].

LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica.** Rev. e Amp. São Paulo, Roca Ltda, 2006.

MACHADO, R.C; MARCARI, E.L; CRISTANTE, S.F.V; CARARETO, C.M.A. Giardíase e helmintíases em crianças de creches e escolas de 1º e 2º graus (públicas e privadas) da cidade de Mirassol (SP, Brasil). **Rev Soc Bras Med Trop** v.32, p. 697-704, 1999.

MANFROI, A; STEIN A.T; CASTRO FILHO E.D. **Abordagem das parasitoses intestinais mais prevalentes.** Projeto diretrizes. Nov, 2009.

MONTEIRO, C.A; CHIEFFI, P.P; BENICIO, M.H.D; DIAS, R.M.S; TORRES, D.M.A.G.V; MANGINI, A.C.S. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (Brasil), 1984/1985: VII – Parasitoses intestinais. **Rev Saúde Pública** v.22, p. 8-15, 1988.

MUNIZ-JUNQUEIRA, M.I; QUEIROZ, E.F.O. Relationship between protein-energy malnutrition, vitamin A, and parasitoses in children living in Brasília. **Rev Soc Bras Med Trop** v.35, p. 133-41, 2002.

NEVES, D.P. **Parasitologia Humana.** 11. ed. São Paulo: Atheneu; 2005. 494 p.

PRADO, M.S. et al. Prevalencia e intensidade da infecção por parasitas intestinais em crianças na idade escolar na Cidade de Salvador (Bahia, Brasil) Ver Soc. Bras. Med. Trop. v. 34, n. 1, 2001.

VINHA, C. Necessidade de uma política nacional para combate às parasitoses intestinais.  
**Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** v.5, p. 1976.

## APÊNDICES E ANEXOS.

### Apêndice 1

#### Planilha de dados.

Com o objetivo de melhorar os níveis de saúde de nossa comunidade precisamos de você para esta investigação.

Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Medidas higiênicas.	Sempre	Às vezes	Nunca
Lavar as mãos antes de ingerir alimentos.			
Lavar as mãos depois de ir ao banheiro.			
Na sua casa tem: ratos, baratas, mosca.			
Lava as verduras antes de consumir.			
Anda descalço.			
Costuma roer as unhas.			
Contato com terra.			

Condição de água de consumo.	Sempre	Às vezes	Nunca
Fervida.			
Sem ferver.			
Clorada.			
Filtrada.			



**Apêndice 2.** Consentimento informado.

O objetivo da intervenção e aplicação do questionário é avaliar o nível de conhecimentos e necessidades de aprendizagem da população sob a prevenção e controle das Parasitoses intestinais, para posteriormente realizar uma intervenção educativa e abordar os aspectos relacionados com sua prevenção e controle. O mesmo tem um caráter meramente científico, não tem fim de lucro nem de benefícios pessoais, não sendo divulgados os resultados do questionário com outros fins o qual é completamente anônimo e voluntario pelo que aceto participar.

---

Assinatura

