

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**  
**DA FAMÍLIA**

**ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE**  
**DA FAMÍLIA (ESF) FRENTE ÀS PRINCIPAIS PARASITOSE**  
**INTESTINAIS**

**SÉRGIO VINÍCIUS CARDOSO DE MIRANDA**

**CORINTO – MINAS GERAIS**

**2013**

**SÉRGIO VINÍCIUS CARDOSO DE MIRANDA**

**ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA (ESF) FRENTE ÀS PRINCIPAIS PARASITOSE  
INTESTINAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Leite Alves Radicchi

**CORINTO – MINAS GERAIS**

**2013**

**SÉRGIO VINÍCIUS CARDOSO DE MIRANDA**

**ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA (ESF) FRENTE ÀS PRINCIPAIS PARASITOSEs  
INTESTINAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Leite Alves Radicchi

Banca Examinadora

Prof. Dr. Antonio Leite Alves Radicchi - orientador

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovada em Belo Horizonte: 02 de Março de 2013.

*Dedico este trabalho primeiramente, e como deve ser todas as conquistas, a DEUS. Dedico aos meus amados PAIS, que são peças tão importantes em minha vida, a minha irmã e meu primeiro sobrinho e afilhado e as importantes pessoas da minha FAMÍLIA que sempre me incentivaram. Aos meus professores, tutores e orientadores que me guiam nessa eterna jornada que é a busca pelo conhecimento; a todos os colegas de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que atuei e atuo profissionalmente. Ao universo da Saúde Pública, representada pela Atenção Primária a Saúde (APS) e a Saúde da Família, no qual sou fascinado, desde os primeiros contatos na graduação, onde fiz a importante opção em seguir nesta área do conhecimento e estar sempre atualizando para oferecer a população um atendimento de qualidade. Aos meus amigos e colegas que me ampararam e apoiaram quando precisei.*

## AGRADECIMENTOS

A DEUS, por mais esta etapa vencida em minha vida; pela oportunidade de viver, estudar, trabalhar; pelas grandes e importantes conquistas na minha vida pessoal e profissional e a Nossa Senhora Aparecida, da qual sou devoto, sempre me protegendo e guiando os meus passos.

Ao orientador, Professor Dr. Antônio Leite Alves Radicchi, pela disponibilidade na orientação, pronto para responder de forma eficaz as minhas solicitações e contatos realizados via Plataforma Nescon, por seu espírito científico e sobretudo pelos grandes ensinamentos durante esse trabalho e a Professora Dr<sup>a</sup> Matilde Meire pela avaliação minuciosa do meu trabalho.

Aos meus pais Antônio José e Wilma (razões de viver) pelo apoio constante em minha vida, Amor incondicional; que muitas vezes abdicaram de seus sonhos para realizarem os meus, exemplos de honestidade e sabedoria (Amo muito vocês). Grande admiração pelo meu pai, liderança política, homem trabalhador e a minha mãe, mulher forte, corajosa, carinhosa, inteligente, sensata.

A minha Amada e irmã Virlady, companheira de todos os momentos, em que posso CONFIAR. Ao pequeno Thiago Fellipe meu primeiro afilhado e sobrinho por abrilhantar nossa convivência, que inicia os seus primeiros passos no longo caminho de aprender, e ao meu cunhado Thiago.

A minha família (base) pelo incentivo constante, pela atenção na minha formação, em especial a minha Madrinha Irene, sempre presente, minha segunda mãe. A tia Bela, a qual tenho grande afinidade, a tia Lia, tio Cide, tia Valquiria e a você “Amor” pelos grandes ensinamentos de vida, pelo apoio e carinho durante esta jornada.

Às Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que trabalhei, iniciando a minha trajetória profissional em 2010 na Equipe ESF VIDA no município de Japonvar-MG, a qual só tenho boas lembranças da convivência diária e dos incentivos para a realização do curso de pós-graduação em Atenção Básica e Saúde da Família na UFMG.

A equipe de ESF LUZ DA VIDA no município de Varzelândia-MG, na qual estive por um período rápido de 6 meses, onde pude contribuir um pouco com a organização do processo de trabalho e a minha atual equipe, ESF FELICIDADE novamente no município de Japonvar, onde estamos iniciando os passos na busca pela qualidade da assistência no nosso território de atuação.

A todos os grandes pesquisadores que consultei, lendo e analisando seus trabalhos/artigos científicos, contribuindo para a importante aquisição de conhecimentos sobre a temática abordada, pautada sempre pelo método científico e as bases das evidências científicas.

Aos amigos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Médicos que me permitiram com suas opiniões e incentivos escolher a temática do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e retratar um pouco desse universo pesquisado.

Ao Secretário Municipal de Saúde de Japonvar, Ademar Vani, por ter me liberado para estar presente nos encontros presenciais do curso, para realizar as atividades das disciplinas, durante o tempo que estive a frente da Coordenação Geral da Atenção Primária a Saúde do município de Japonvar e aos colegas Enfermeiros, Médicos, ACS, Técnicos de Enfermagem e Dentistas das equipes de ESF que coordenei durante esse período.

Aos colegas do curso de especialização em Atenção Básica e Saúde da Família que tornaram a sala de aula um cenário profícuo de discussões e conhecimento, em especial as colegas de “carroterapia” nas viagens para os encontros presenciais do curso no pólo de Corinto: Waleska e Kênia.

Aos que torceram contra o meu sucesso, fica aqui o meu sentimento de indiferença e, sobretudo o meu sorriso de VITÓRIA com mais esta conquista de muitas que virão.

E a todos que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho.

*“A taxa de retorno para uma equipe de ESF que investe solidamente em Educação e Saúde é especialmente alta e cientificamente comprovada. A ignorância e a doença andam juntas; são companheiras inseparáveis na marcha fúnebre para o caos. Promover a saúde, sem proporcionar à população assistida as informações necessárias para a Prevenção e o Controle das Parasitoses Intestinais de forma eficaz e cientificamente aceita, é dispersar qualidade de vida” (MIRANDA, 2012).*

## RESUMO

As parasitoses intestinais ou enteroparasitoses representam um grave problema de Saúde Pública particularmente nos países subdesenvolvidos, com alta prevalência nas camadas populacionais mais carentes. Ocorrendo em diferentes faixas etárias, constata-se, a partir do primeiro ano de vida, um aumento progressivo na sua frequência. A prevenção à parasitose é de ordem primária e se caracteriza por medidas que procuram impedir que o indivíduo adoeça por meio do controle dos fatores de risco. O propósito deste trabalho foi analisar como vem ocorrendo a atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) frente às principais Parasitoses Intestinais, com base na literatura. O presente trabalho é uma revisão bibliográfica narrativa do conhecimento disponível na literatura nacional e internacional sobre a temática abordada, com consulta nas principais bases de dados em saúde. As principais estratégias e atividades que os profissionais das equipes de ESF desenvolvem para a prevenção e controle das parasitoses intestinais são: Promoção da Saúde; Educação em Saúde / Grupos; Visita Domiciliar (V.D); Vigilância Epidemiológica (V.E) e o Trabalho em Equipe. A educação em saúde tem se mostrado uma estratégia com baixo custo e tão eficaz quanto o saneamento básico. A Estratégia Saúde da Família (ESF) assume um papel fundamental na execução das ações relacionadas à prevenção, controle, vigilância e tratamento das parasitoses intestinais. Propõe-se, então, com essas intervenções, que as equipes de ESF ampliem sua atuação, tomando como ponto de partida os problemas e as necessidades de saúde da população e seus determinantes e condicionantes. O enfermeiro destaca-se na prevenção e controle das parasitoses intestinais através do desenvolvimento de práticas interativas e integradoras de cuidado. Assim, é necessário identificar, prevenir e tratar as infecções parasitárias, a fim de evitar prováveis epidemias e formação de novas áreas endêmicas.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Parasitoses Intestinais. Educação em Saúde. Saneamento Básico. Promoção da Saúde. Equipe Multidisciplinar.



## ABSTRACT

The intestinal parasites or parasitic infections represent a serious public health problem particularly in developing countries with high prevalence in the poorest sections of the population. Occurring in different age groups, it appears, from the first year of life, a progressive increase in frequency. The parasite prevention is the primary order and is characterized by measures that seek to prevent the individual from getting sick by controlling risk factors. The purpose of this study was to discuss and analyze as it has the performance of the Family Health Strategy (FHS) against the major Intestinal Parasites based on the literature on the subject. The present work deals with is a narrative literature review of available knowledge in national and international literature on the subject discussed, with the main query databases in health. The key strategies and activities that professionals develop FHS teams for prevention and control of intestinal parasites are: Health Promotion, Health Education / Groups, Home Visit (VD); Surveillance (VE) and Teamwork. Health Education has shown a strategy with low cost and as effective as sanitation. The Family Health Strategy (FHS) plays a key role in the implementation of actions related to the prevention, control, surveillance and treatment of intestinal parasites. It is proposed, then, with these interventions, FHS teams to expand its operations, taking as starting point the problems and needs of population health and its determinants and constraints. The nurse stands in the prevention and control of intestinal parasites by developing practical interactive and integrative care. Thus, it is necessary to identify, prevent and treat parasitic infections in order to avoid possible formation of new epidemics and endemic areas.

**Keywords:** Family Health Strategy. Intestinal Parasites. Education in Health. Basic Sanitation. Promotion of Health. Multidisciplinary Team.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB – Atenção Básica

ABS – Atenção Básica a Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias

EPF – Exame Parasitológico de Fezes

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NESCON – Núcleo de Educação e Saúde Coletiva

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PNRH – Política Nacional de Recursos Hídricos

PSF – Programa Saúde da Família

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico de Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

USF – Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

VE – Vigilância Epidemiológica

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	18
2.1	Objetivo Geral.....	18
2.2	Objetivos Específicos.....	18
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	19
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	20
4.1	Parasitoses Intestinais.....	20
4.2	Principais Parasitoses Intestinais.....	21
4.3	Fatores de Risco e Formas de Contaminação.....	23
4.4	Estratégia Saúde da Família (ESF).....	25
4.5	Principais Estratégias de Prevenção das Doenças Parasitárias utilizadas pelos Profissionais da ESF.....	28
4.5.1	Promoção da Saúde.....	28
4.5.2	Educação em Saúde / Grupos.....	29
4.5.3	Educação em Saúde com foco nas Parasitoses Intestinais.....	33
4.5.4	Visita Domiciliar (VD).....	37
4.5.5	Vigilância Epidemiológica (VE).....	41
4.5.6	Vigilância Epidemiológica das Parasitoses Intestinais.....	42
4.5.7	Importância da atuação da equipe de ESF frente às Parasitoses Intestinais.....	44
4.6	Medidas de Controle e Eliminação das Parasitoses Intestinais.....	45
4.6.1	Saneamento Básico como uma medida de controle.....	48
4.7	Atuação do Enfermeiro nas Parasitoses Intestinais.....	51
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	54
	<b>REFÊRENCIAS</b> .....	58

## 1 INTRODUÇÃO

As parasitoses intestinais ou enteroparasitoses, decorrentes de protozoários e/ou helmintos, representam um grave problema de Saúde Pública particularmente nos países subdesenvolvidos onde se apresentam bastante disseminadas e com alta prevalência nas camadas populacionais mais carentes. A clássica tríade epidemiológica das doenças parasitárias é indispensável para que ocorra a infecção: as condições do hospedeiro, o parasito e o meio ambiente (BENCKE *et al.*, 2006).

As principais parasitoses intestinais são infecções causadas por protozoários (*Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica*), platelmintos (*Taenia solium*, *Taenia saginata* e *Hymenolepis nana*) e nematódios (*Trichuris trichiura*, *Strongyloides stercoralis*, *Enterobius vermicularis*, *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus*). Esses agentes etiológicos apresentam ciclos evolutivos que contam com períodos de parasitose humana, de vida livre no ambiente e períodos de parasitose em outros animais (TOSCANI *et al.*, 2007).

A infecção humana é mais comum em crianças, por meio da via fecal-oral. Os principais veículos de transmissão são águas e alimentos contaminados e um dos principais fatores debilitantes da população, o parasitismo intestinal, provoca nos indivíduos: má-absorção, diarreia crônica, anemia, desnutrição, dores abdominais e, nas crianças, especialmente o comprometimento do desenvolvimento físico e intelectual, acarretando deficiência no aprendizado e de concentração (PITTNER *et al.*, 2007).

O elevado índice de parasitismo de protozoonoses e verminoses está ligado à escassez de saneamento básico e às baixas condições de vida, o que contribui para sua disseminação, que também está associada às precárias condições de higiene ou deficiência de princípios higiênicos, aliadas à falta de limpeza dos reservatórios de água e a não utilização/consumo de água filtrada ou fervida, sendo responsáveis pela elevada incidência de parasitoses em diversas regiões brasileiras (NEVES, 2005).

Considerando a distribuição das parasitoses intestinais, as mais prevalentes e com altas frequências são a *Giardia lamblia*, a *Ascaris lumbricoides* e *Trichuris trichiura*, com maior prevalência entre indivíduos jovens, conforme relatos de diversos autores em diferentes regiões do Brasil. Também, muito comuns nos estudos realizados, encontra-se amplo espectro de parasitas, como o *Enterobius vermicularis*, Ancilostomatídeos; os helmintos *Ancylostoma duodenalis* e *Necator americanus*; *Entamoeba coli*; *Entamoeba histolytica* e *Endolimax nana* (FERREIRA; ANDRADE, 2005).

De acordo com Baptista *et al.* (2006) essas doenças, muitas vezes, são subestimadas pelos profissionais de saúde, porém a morbidade associada a elas é significativa, como, por exemplo: as infecções por *Enterobius vermicularis* que causam irritação e distúrbio do sono; as por *Giardia lamblia* causam náuseas, vômitos, síndrome da má absorção, diarreia e perda de peso; as infecções por *Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus* acarretam perda de sangue e anemia; e as infecções por *Entamoeba histolytica* podem causar ulcerações intestinais, diarréia sanguinolenta, obstrução gastrointestinal e peritonite.

Segundo Ludwig *et al.* (1999) está bem estabelecido que as parasitoses intestinais são mais frequentes em regiões menos desenvolvidas. Nos países subdesenvolvidos as parasitoses intestinais atingem índices de até 90%, ocorrendo um aumento significativo da frequência à medida que piora o nível socioeconômico. Pesquisas populacionais sobre parasitoses intestinais foram realizadas em diversas regiões do Brasil e mostram frequências bastante diferentes, de acordo com as condições locais de saneamento e características das amostras analisadas.

As enfermidades parasitárias são apontadas como indicadores de desenvolvimento socioeconômico de um país. Embora não sejam medidos esforços por parte dos órgãos de saúde mundial para controlar estas enfermidades, não vem ocorrendo uma grande redução nestes índices, considerando principalmente as famílias de baixa renda, cuja condição de vida precária, má higiene e nutrição, contribuem ainda para a propagação das enfermidades parasitárias (COLLEY, 2000).

As parasitoses intestinais ocorrem em diferentes faixas etárias. Constata-se, a partir do primeiro ano de vida, um aumento progressivo na frequência de enteroparasitoses, sendo que na faixa de 3 a 12 anos obtém-se a frequência mais elevada, de acordo com estudos científicos. Para os maiores de 18 anos, as frequências são relativamente baixas. Diferentes autores realizam trabalhos de estudo sobre a frequência de enteroparasitoses em diferentes faixas etárias, incluindo adultos e idosos. A alta prevalência em crianças é devido a maior exposição à contaminação em função do desconhecimento dos princípios básicos de higiene e da maior exposição a partir do intenso contato com o solo (BAPTISTA *et al.*, 2006; COLLEY, 2000).

A prevenção à parasitose é de ordem primária e se caracteriza por medidas que procuram impedir que o indivíduo adoeça por meio do controle dos fatores de risco que agem na fase pré-patogênica ou na fase em que o indivíduo se encontra sadio ou susceptível.

Educação em Saúde é entendida como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população, tornando-se um

conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado. Ocorre nas relações sociais estabelecidas pelos profissionais de saúde entre si, com as instituições e, sobretudo, com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Segundo Acioli (2008), um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde constitui-se em educação em saúde considerada como um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

A educação em saúde tem como objetivo promover na sociedade a inclusão social e a promoção da autonomia das populações na participação em saúde. Nessa perspectiva, ela busca alcançar uma atenção de acordo com as necessidades a serem abordadas, como também potencializar o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que estes respondam às necessidades da população (BRASIL, 2008).

Atualmente, a educação em saúde é concebida como processo teórico-prático que busca a integração de saberes dos vários atores envolvidos por meio da valorização dos conhecimentos científico e popular, tendo em vista que ambos apresentam importância ímpar no desenvolvimento das práticas de saúde, pois proporcionam aos envolvidos uma visão crítica, bem como maior autonomia e participação frente à saúde no cotidiano (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006).

Educar para a saúde significa priorizar as intervenções preventivas, não se atendo somente às ações curativas, podendo esse processo ser desenvolvido em diversos espaços e deve ser aplicado em qualquer ambiente onde são executadas as atividades profissionais de cuidado; como na consulta individual no consultório, salas de aula, grupo terapêutico, unidades de saúde, salas de espera, na Visita Domiciliar (VD) e outros, desde que haja um ambiente propício (ALVES, 2005).

No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para prestar assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (BRASIL, 1997).

O Ministério da Saúde destaca a Atenção Básica (AB) como um contexto privilegiado para o desenvolvimento dessas práticas, devido à sua maior proximidade com a população e à ênfase nas ações preventivas e promocionais. Os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais é possível reconhecer a educação em saúde (BRASIL, 1997).

A Educação em Saúde, no controle das parasitoses intestinais, tem se mostrado uma estratégia com baixo custo capaz de atingir resultados significativos e duradouros. Este tipo de intervenção é recomendado tanto em populações com endemicidade alta ou baixa. Asolu e Ofoezie (2003) relatam que as práticas educativas se mostram tão eficazes quanto o saneamento básico, sendo superiores ao tratamento em massa a longo prazo.

No Brasil, estão descritas várias experiências bem sucedidas de educação para prevenção de doenças parasitológicas. Contudo, esta ainda aparece marginalizada, não constituindo um campo de atuação efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Iniciativas do Ministério da Saúde (MS) neste sentido vem incentivando práticas do gênero, mostrando que experiências de educação para a profilaxia de parasitoses, interferem no problema e repercutem na alteração de hábitos de vida da população (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

É fundamental a prática de medidas preventivas no contexto familiar com relação à parasitoses, no que se refere à manipulação, armazenamento e preparo de alimentos, cuidados com a água a ser consumida, como também, conhecimento acerca desse tipo de agravo à saúde por parte da população, preferencialmente adquirido mediante um processo educativo, o qual possibilite o indivíduo a mudar seus comportamentos (BARBOSA *et al.*, 2009).

Neves *et al.* (2000) explicam que esta aplicação deve ser direcionada principalmente para as crianças, pois ajuda a desenvolver nelas a responsabilidade perante o seu próprio bem estar, a praticar hábitos saudáveis e contribuir para a manutenção de um ambiente saudável. Para que isso ocorra, é importante que o processo educativo não se dê de maneira impositiva, mas de forma adequada a suas capacidades cognitivas, num ambiente prazeroso, propiciando uma relação direta entre os conteúdos e o seu dia-a-dia.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1994, concebido como sendo uma porta de entrada do sistema local de saúde, estando apto a desenvolver a Atenção Básica (AB) de forma integral e resolutiva, atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) resolve a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde pública (CAVALCANTE *et al.*, 2006).

As práticas públicas de cuidado com a saúde da população passam necessariamente pelo conceito de sanitarismo, o qual tem por finalidade vigiar, controlar e estudar aspectos

relativos à higiene social e a vida física da população, promovendo condições de melhoria. A área da ciência envolvida em estudar os parasitas que são responsáveis por causar danos à saúde pública é a parasitologia (HEUKELBACH *et al.*, 2003).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa ao trabalho na lógica da Promoção da Saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Nesse aspecto, as equipes de ESF assumem um papel fundamental na execução das ações relacionadas à prevenção, controle, vigilância e tratamento das parasitoses intestinais com conseqüente redução no número de casos e aumento da qualidade de vida da população do território de atuação das equipes de ESF.

A importância da Estratégia Saúde da Família (ESF) frente às parasitoses intestinais está no desenvolvimento de práticas de educação em saúde eficazes, voltadas para a comunidade e para os grupos de risco, realização de Visita Domiciliar (V.D) pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiro e médico da equipe, marcação de consultas para o diagnóstico e tratamento e a realização da vigilância epidemiológica constante do surgimento dos casos e a sua evolução (HEUKELBACH *et al.*, 2003).

Heukelbach *et al.* (2003) destacam que a Epidemiologia é a ciência que estuda a distribuição de doenças ou enfermidades e de seus determinantes na população humana. Esses determinantes são conhecidos como fatores de risco. O enfoque da epidemiologia é o de identificar indivíduos nos estágios iniciais da doença ou identificar indivíduos que, embora não tenham desenvolvido a doença, apresentam maior probabilidade de vir a desenvolvê-la.

Com relação aos vários fatores determinantes e condicionantes das doenças, sabe-se que os grupos sociais economicamente privilegiados são pouco sujeitos a certos tipos de doenças, cuja incidência é elevada nos grupos economicamente desprivilegiados. Os enteroparasitos, em sua maioria, estão associados a locais sujos, com esgoto a céu aberto e que podem acumular grande quantidade de dejetos, áreas em que a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ter uma atuação intensificada e permanente (NEVES, 2005).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde (MS) definiu que a investigação epidemiológica de surtos de enteroparasitoses deve ser exercida em todo o Brasil pelo conjunto de serviços que compõem o Plano Nacional de Vigilância e Controle das Enteroparasitoses. A coordenação do plano é de responsabilidade das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal. A esfera municipal é responsável em implantar e manter em funcionamento o Plano de Vigilância, onde desta-se a ESF, que realiza diversas atividades relacionadas (BRASIL, 2005).



Com o desenvolvimento científico e tecnológico, atualmente, existem várias técnicas para resolver os problemas sanitários. Porém, o crescimento da população e de suas necessidades de consumo aumentou a poluição do meio ambiente. Por exemplo, a água de qualidade para o consumo humano torna-se um recurso cada vez mais escasso, e os problemas de saneamento tornam-se cada vez mais difíceis de serem resolvidos e com um maior custo de implantação e manutenção da infraestrutura desses serviços (RIBEIRO; ROOKE, 2010).

Saneamento básico é a atividade relacionada com o abastecimento de água potável, o manejo de água pluvial, a coleta e tratamento de esgoto, a limpeza urbana, o manejo de resíduos sólidos e o controle de pragas e qualquer tipo de agente patogênico, visando à saúde das comunidades. Com estas medidas de saneamento básico, é possível garantir melhores condições de saúde para as pessoas, evitando a contaminação e proliferação de doenças. Ao mesmo tempo, garante-se a preservação do meio ambiente (JUNIOR; PAGAN, 2009).

O saneamento básico nos aspectos sanitário e social gera melhoria de saúde e das condições de vida de uma comunidade; diminuição da mortalidade em geral, principalmente da infantil com aumento da esperança de vida da população e diminuição da incidência de doenças relacionadas à água (parasitoses intestinais). Além da implantação de hábitos de higiene na população; melhoria da limpeza pública e dos sistemas de esgotos sanitários proporcionando conforto e bem-estar para a população (LEONETI *et al.*, 2011).

De acordo com Junior e Pagan (2009), no Brasil, o déficit do setor de saneamento básico é elevado, sobretudo no que se refere ao esgotamento sanitário, com maior carência nas áreas periféricas dos centros urbanos e nas zonas rurais, onde se concentra a população mais pobre. Diversos são os fatores responsáveis por este déficit no país. Dentre eles, podem ser citadas a fragmentação de políticas públicas, a carência de instrumentos de regulamentação, regulação e insuficiência na aplicação de recursos públicos.

Cantos *et al.* (2002) explicam que quando se trata de saneamento básico, um dos parâmetros utilizados para avaliar as condições de vida da população é a realização de inquéritos coproparasitológicos. A alta prevalência desses parasitos nas amostras analisadas indica a necessidade de adoção de medidas de saneamento básico para a população, contribuindo assim para a redução das doenças parasitárias.

A divulgação do Atlas de Saneamento 2011 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011) vem consolidar a tendência de ampliar a visão articulada da questão do saneamento básico no Brasil, dada às estreitas relações que ela mantém com as formas de povoamento e de concentração da população no território, com a diversidade dos ambientes e

dos atributos naturais e, enfim, com as próprias condições de sobrevivência e reprodução da população.

A geografia dos principais serviços de saneamento revela, assim, que em 2008, embora apenas 33 municípios ainda permanecessem sem atendimento de serviço de abastecimento de água no País, a rede coletora de esgoto estava ausente em 2.495 municípios (44,8% dos municípios brasileiros), apesar do acréscimo de 192 cidades ofertando esse serviço no final desse período. Nesse contexto, ressalta a grave situação ocorrida em grande parte dos estados das Regiões Nordeste e Norte do País (IBGE, 2011).

Diante disso, o presente estudo justifica-se pelo elevado índice de parasitoses intestinais na equipe de Saúde da Família – ESF na qual estou inserido como enfermeiro e as constantes solicitações por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o enfrentamento deste problema no nosso território de atuação.

Torna-se, portanto, de grande relevância analisar quais são as principais parasitoses intestinais que acometem os usuários dos serviços de saúde ofertados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como as metodologias de abordagem de promoção, proteção e recuperação da saúde, desenvolvidas pela equipe multiprofissional (Enfermeiro, Médico, ACS, Técnicos de Enfermagem). Verificando quais são as medidas de controle e eliminação adotadas e a importância da atuação da equipe de ESF frente a essas doenças.

A pesquisa gera conhecimentos na área de Atenção Primária a Saúde (APS), por meio da análise da atuação das equipes de ESF frente às principais parasitoses intestinais. O retorno científico e social será através dos conhecimentos que a pesquisa irá produzir para a prevenção e controle das parasitoses intestinais mais prevalentes e recorrentes na nossa área/território de atuação, melhorando a qualidade de vida da população atendida.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar como vem ocorrendo à atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) frente às principais Parasitoses Intestinais com base na literatura especializada no tema.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever os principais tipos de Parasitoses Intestinais mais prevalentes e recorrentes na população;
- Observar quais são as principais estratégias de prevenção das doenças parasitárias utilizadas pelos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Verificar quais são as medidas de controle e eliminação das Parasitoses Intestinais recomendadas pela literatura científica;
- Discutir a importância da atuação da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) frente às principais Parasitoses Intestinais.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa do conhecimento disponível na literatura nacional e internacional sobre as parasitoses intestinais e a atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com consulta na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados em saúde *Scientific electronic library on line* (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Publicações Médicas (PubMed).

A busca foi realizada com os seguintes descritores/unitermos isolados ou em associação: Parasitoses, Verminoses, Enteroparasitoses, Estratégia Saúde da Família (ESF), Programa Saúde da Família (PSF), Promoção da Saúde, Saúde Pública, Educação em Saúde, Visita Domiciliar (VD), Saneamento Básico, Diagnóstico e Tratamento das parasitoses, entre outros que foram necessários para a realização da busca dos artigos.

Foram utilizados artigos, dissertações, teses e texto/materiais publicados em livros da área de ciências da saúde.

Os períodos de consulta obedeceram a uma ordem cronológica entre os anos de 1990 a 2012. Foram incluídos trabalhos de revisão, experimentais e envolvendo casuística com seres humanos, publicados na íntegra, nos idiomas inglês, português ou espanhol.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Parasitoses Intestinais

As enteroparasitoses constituem-se em sério e persistente problema de Saúde Pública de expressão mundial, em especial nos países em desenvolvimento. No Brasil, essas doenças ocorrem nas diversas regiões do país, seja na zona rural ou urbana e em diferentes faixas etárias. Essas doenças estão relacionadas com os níveis socioeconômicos mais baixos e as condições precárias de saneamento básico, representando um flagelo, sobretudo para as populações mais pobres (MONTEIRO *et al.*, 2009).

Estima-se que nos países em desenvolvimento aproximadamente um terço da população viva em condições ambientais que facilitam a disseminação de infecções parasitárias. No mundo, as infecções por protozoários e helmintos intestinais afetam 3,5 bilhões de pessoas, promovendo a doença em aproximadamente 450 milhões (BELLOTO *et al.*, 2011).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças infecciosas e parasitárias continuam entre as principais causas de morte, sendo responsáveis por 2 a 3 milhões de óbitos por ano, em todo o mundo. Apesar de alguns avanços nas últimas décadas, essas doenças continuam a apresentar elevados índices de mortalidade causados por doenças diarreicas, sobretudo entre indivíduos menores de cinco anos. Grande parte dessas complicações poderia ser evitada se as investigações parasitológicas não fossem tão negligenciadas (VASCONCELOS *et al.*, 2011).

Um grande número de espécies de parasitas intestinais está associado a problemas gastrointestinais. No entanto, a presença de parasitas intestinais nem sempre está relacionada com algum sintoma. Nos países em desenvolvimento, a diarreia é a segunda maior causa de mortalidade entre crianças abaixo de cinco anos de idade, sendo responsável por aproximadamente 1,5 milhões de mortes a cada ano (ADDUM *et al.*, 2011).

A maioria dos pacientes é assintomática ou oligossintomática. Entretanto alguns podem apresentar quadros clínicos graves, o que demonstra o irregular padrão evolutivo das parasitoses. As infecções crônicas em crianças, ainda que sejam assintomáticas, podem produzir retardo de crescimento e no desenvolvimento cognitivo, clinicamente significativo, o que requer uma avaliação clínica minuciosa e um diagnóstico diferencial (GASPARINI; PORTELLA, 2005).

Causadas pela presença de parasitos no trato intestinal humano as parasitoses intestinais são responsáveis pelos principais sintomas como diarreia, desnutrição, anemia, hepatoesplenomegalia, alterações psicossociais e, em casos graves, podem levar o indivíduo ao óbito (ADDUM *et al.*, 2011).

#### 4.2 Principais Parasitoses Intestinais

A prevalência das enteroparasitoses é muito variada ao redor do mundo, do país, do estado e em comunidades de um mesmo município, pois o principal determinante são as condições de higiene e saneamento básico, bem como o nível socioeconômico e de escolaridade da população analisada. As maiores prevalências ocorrem onde estas condições são mais precárias, o mesmo ocorrendo com o surgimento do poliparasitismo (SBMFC, 2009).

No Brasil, tem sido observada uma grande variação tanto na frequência de parasitismo intestinal na população como nos agentes responsáveis, podendo a frequência alcançar índices de quase 80% em algumas regiões. Os parasitos intestinais mais frequentemente encontrados em seres humanos são: *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e os ancilostomídeos *Necator americanus* e *Ancylostoma duodenale*, dentre os protozoários, destacam-se a *Entamoeba histolytica* e *Giardia intestinalis* (PITTNER *et al.*, 2007).

Santos e Merlini (2003) fizeram um estudo sobre a prevalência de enteroparasitos em adultos e detectaram que o maior percentual geral de infecção obtido foi para nematóides 39,5%, para *Ascaris lumbricoides* e, entre os protozoários, a *Giardia lamblia* com 18,0%.

ELY *et al.* (2011) realizaram recentemente uma importante pesquisa sobre a prevalência de enteroparasitoses em idosos, onde foram estudados 310 idosos com média de idade de 78,6± anos; entre eles, 77,1% eram do sexo feminino e 22,9%, do sexo masculino.

A prevalência de enteroparasitos diagnosticada foi de 12,9%. Entre os pacientes da pesquisa os parasitos não-patogênicos foram os mais frequentes nos idosos, 47,9% para *Entamoeba coli* e 29,2% para *Endolimax nana*, seguidos das infecções causadas pelos Ancilostomídeos (16,7%); *Entamoeba histolytica/E. díspar* (8,7%); *Trichuris trichiura* (5,2%); *Enterobius vermicularis* (5,2%) e *Strongyloides stercoralis* (5,2%) (ELY *et al.*, 2011).

Ludwig *et al.* (1999) afirmam que com o passar dos anos, há uma tendência para a diminuição progressiva nas taxas de prevalência de enteroparasitos em adultos,

principalmente para *A. lumbricoides*, explicada pela mudança de hábitos de higiene e pelo desenvolvimento de uma imunidade progressiva de longa duração contra os parasitos.

Em relação aos parasitas mais comuns de serem encontrados nas crianças pré-escolares e escolares, em nosso meio, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2009) cita a *Giardia lamblia* (giardíase), *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* (helminthíases) e *Ancylostomas duodenalis*, como a mais comum das ancilostomíases. Menos prevalentes são as parasitoses causadas por *Strongyloides stercoralis* (helminthíase).

É encontrado, com menos frequência, o *Enterobius vermicularis* (enterobíase, sinonímia oxiúriase); porém, o método diagnóstico para esse parasita não costuma ser o coproparasitológico, podendo ocorrer subdiagnósticos. Quanto à amebíase, em algumas das referências pesquisadas, o parasita aparece com baixa prevalência, não tendo sido considerado para as análises de comparação. Em outras, evidencia-se como uma das enteroparasitoses mais prevalentes, juntamente com *Giardia*, *Ascaris* e *Trichuris* (SBMFC, 2009).

Belloto *et al.* (2011) afirmam que a detecção de enteroparasitoses em escolares de uma periferia no Estado do Maranhão mostrou que o *Ascaris lumbricoides* foi o parasito de maior prevalência (40%), fato também observado em crianças da zona rural do município de Coari, Estado do Amazonas, Região Norte do Brasil (67,5%).

No entanto, no Município de Rio Verde, Estado de Goiás, um estudo semelhante encontrou o protozoário *Giardia lamblia* (59%) como o parasito mais prevalente. Já no Município de Criciúma, Estado de Santa Catarina, verificou-se que o *Cryptosporidium* (85,1%) foi o protozoário mais prevalente, seguido da *Entamoeb histolytica* (56,4%) e a *G. lamblia* (4,3%) (BELLOTO *et al.*, 2011).

Adicionalmente, dois outros estudos investigaram a presença de *E. histolytica* e *G. lamblia* em crianças de uma creche na periferia da cidade de Belém, Estado do Pará, e detectaram a presença destes parasitos em 21,8% e 26,9% das amostras, respectivamente (BELLOTO *et al.*, 2011).

No Estado de São Paulo este panorama não se modifica, visto a vulnerabilidade deste segmento etário à aquisição de enteroparasitoses. Em crianças institucionalizadas em uma creche no Município de Botucatu, interior do Estado, observa-se que a giardíase, enterobíase e criptosporíase, entre outras enteroparasitoses (BELLOTO *et al.*, 2011).

No noroeste paulista, outros estudos mostraram elevada prevalência de enteroparasitos em populações infantis, reafirmando que as enteroparasitoses são um grande problema de saúde pública. Na década de 90, inquérito epidemiológico em crianças no Município de

Mirassol demonstrou a detecção de *G. lamblia* (61,1%), *A. lumbricoides* (2,8%) e Ancilostomídeos (3,2%) (BELLOTO *et al.*, 2011).

Os principais parasitas relatados nessas pesquisas são *Giardia lamblia*, *Entamoeba coli*, *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e *Enterobius vermicularis*. A maioria desses parasitas causa desnutrição, anemia, diarreia, obstrução intestinal e má absorção (SILVA *et al.*, 2011).

### 4.3 Fatores de risco e formas de contaminação

Em países tropicais, o clima, associado à falta de conhecimento e condições sanitárias, favorece a disseminação das enteroparasitoses que acometem grande parte da população. Esse quadro, além de mostrar um grande problema de saúde, caracteriza o subdesenvolvimento das populações com condições precárias de higiene, dificuldades econômicas, desconhecimento de medidas preventivas, desnutrição e outras variáveis que são agravantes do problema, como a falta de ações na área de saúde por parte das autoridades (TASHIMA; SIMÕES, 2005).

Segundo Machado *et al.* (1999), a frequência de parasitoses intestinais em nosso país é conhecidamente elevada, sofrendo variações quanto às regiões e quanto às condições de saneamento básico, o nível sócio-econômico, o grau de escolaridade, a idade e os hábitos de higiene dos indivíduos. A influência de outros fatores na determinação de parasitose intestinal, como por exemplo, o sexo do indivíduo e o contato com animais domésticos, não está totalmente estabelecida pelos pesquisadores da área.

No Brasil, a disseminação das parasitoses intestinais está em estreita dependência com as características geográficas do solo, com umidade e condições favoráveis para que os ovos embrionados, quando liberados no solo pelas fezes do hospedeiro definitivo, possam contaminar o ambiente, água e alimentos ocorrendo, assim, à transmissão e contaminação (PITTNER *et al.*, 2007).

De acordo com Gasparini e Portella (2005), o principal mecanismo da difusão das helmintíases é a contaminação fecal do solo, por meio do saneamento básico inadequado. O modo habitual da disseminação dos protozoários é a contaminação dos alimentos, das mãos e da água. Pode ser observado que a prevalência de enteroparasitoses está diretamente relacionada com as condições de vida e de higiene das comunidades.

Sua transmissão pode ocorrer por meio de alimentos vegetais mal lavados (hortaliças), terra contaminada e água não tratada (ausência de rede de distribuição e de coleta), dentre outros fatores em que ocorra exposição ao meio ambiente contaminado. No caso da giardíase,



a eliminação do parasita infectante ocorre desde o momento de eliminação das fezes, o que permite sua transmissão por meio do contato entre humanos (fecal-oral), mesmo em ambientes saneados, podendo ocorrer por meio de água contaminada (SBMFC, 2009).

Diversos estudos têm demonstrado à associação positiva entre o enteroparasitos e as condições sanitárias e socioeconômicas em comunidades menos favorecidas (ANDREAZZI *et al.*, 2007). Neste sentido, pode ser observada a disseminação que eleva a incidência das parasitoses, provavelmente, pelas alterações ambientais, elevada concentração populacional e falta de higiene que são condições propícias para multiplicação do parasito junto a uma população suscetível (FERREIRA; ANDRADE, 2005).

A prevalência pode variar conforme a região analisada, dependendo dos aspectos climáticos, das características do solo, dos hábitos alimentares e de higiene e das condições sanitárias. A invasão do parasita pode ocorrer através da pele (pelo contato direto com o solo contaminado) e/ou pela boca (ingestão de água e/ou alimentos contaminados, fomites, perversão do apetite ou prática sexual) (SBMFC, 2009).

Em estudos realizados por Vasconcelos *et al.* (2011) onde foram analisadas as condições de moradia de uma determinada população, observou-se a presença de rede de água e esgoto nos domicílios, porém, é importante considerar que mais de 45% das residências possuíam a fossa séptica como modalidade de saneamento. Também vale ressaltar que aproximadamente 38% das residências não possuíam filtros e faziam uso de água não tratada para o consumo.

Os hábitos higiênicos da população, sem dúvida, contribuíram para o expressivo número de poliparasitados, principalmente por protozoários comensais, nos indivíduos analisados, uma vez que a fonte de abastecimento de água parece não ter interferido, pois os índices são muito próximos entre as três vilas pesquisadas pelos autores (GUILHERME *et al.*, 2004).

Outro fator de risco para as parasitoses intestinais é a idade, principalmente em crianças, com idades entre 0 a 5 anos. Na literatura existem inúmeros relatos de parasitismo intestinal em crianças que frequentam creches. Vários estudos buscam correlação positiva entre a presença das doenças parasitárias intestinais, o gênero da criança e a faixa etária (FERREIRA; ANDRADE, 2005).

Apesar da infecção por enteroparasitos poder ser adquirida em qualquer idade, constata-se que ela ocorre já nos primeiros anos de vida, especialmente em comunidades pobres. Estudos sugerem que, em populações de baixo nível socioeconômico e cultural, a transmissão dos microrganismos pode ser facilitada por precárias condições de higiene. No

Brasil, mais da metade de crianças pré-escolares e escolares encontram-se parasitadas (FERREIRA; ANDRADE, 2005).

Conforme Macedo (2005), a ocorrência de parasitoses intestinais na idade infantil, especialmente na idade escolar, consiste em um fator agravante da subnutrição, podendo levar à morbidade nutricional, geralmente acompanhada da diarreia crônica e desnutrição, comprometendo, como consequência, o desenvolvimento físico e intelectual, particularmente das faixas etárias mais jovens da população.

Porem existem alguns estudos que têm apresentado resultados inconclusivos. Ademais, tem-se constatado que a água de boa qualidade em creches contribui para prevenção de enteroparasitos, sendo essa prevenção potencializada quando está associada a uma rede de esgoto equivalente (BELLOTO *et al.*, 2011).

#### **4.4 Estratégia Saúde da Família (ESF)**

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) teve início quando o Ministério da Saúde (MS) cria em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir desse fato, começou-se a dar um enfoque maior na família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, sendo introduzida à noção de área de cobertura e por família cadastrada (VIANA; DAL POZ, 2005).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1994, concebido como sendo uma porta de entrada do sistema local de saúde, estando apto a desenvolver a atenção básica de forma integral e resolutiva, proporcionando além de extensão de cobertura e ampliação do acesso, a substituição das práticas tradicionais, contribuindo, assim para a reestruturação do sistema de saúde (CAVALCANTE *et al.*, 2006).

O PSF altera o paradigma de atenção à saúde, da assistência individual para o domicílio, não se restringindo apenas às unidades de saúde, requerendo maior dedicação da equipe à clientela, em contraposição ao trabalho fragmentado dos profissionais nas unidades de saúde tradicionais, fortalecendo assim os vínculos de responsabilidade e confiança entre os profissionais, as famílias e a comunidade (CANESQUI; SPINELLI, 2006).

Conforme Oliveira e Spiri (2006, p. 728):

O PSF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade e para diversos níveis de assistência. Assume o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades, identificando fatores de risco aos quais ela está exposta intervindo de forma apropriada. Propõe-se a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação dos usuários, por meio do estreito

relacionamento dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a saúde como direito de cidadania.

De acordo com Almeida (2007), a proposta do PSF é atingir o maior número de pessoas dentro de uma área geográfica e população definida em âmbito municipal (áreas e suas subdivisões, as micro-áreas), por meio de ações básicas preventivas e promocionais de saúde.

Surgido inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o Programa Saúde da Família (PSF) aos poucos foi adquirindo importância e centralidade governamental. Desde 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como uma estratégia para a estruturação dos sistemas municipais de saúde, tendo a sua nomenclatura mudada para Estratégia Saúde da Família (ESF).

Ao longo da década, a ESF expandiu-se em todo o país, atingindo, em Agosto de 2011, 94% dos municípios brasileiros, com aproximadamente 32.079 equipes em 5.284 municípios brasileiros e cobertura de 60,3% da população brasileira o que corresponde a cerca de 100 milhões de pessoas (BRASIL, 2011).

De acordo com Oliveira e Spiri (2006) a ESF constitui-se de equipes multiprofissionais, devendo atuar em uma perspectiva interdisciplinar. Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada, propondo soluções e intervindo de forma adequada. Tendo como compromisso a promoção à saúde e a qualidade de vida da população, não só com intervenções epidemiológicas e sanitárias, mas considerando o contexto biopsicossocial do ser humano.

Tida como um princípio da ESF, as equipes multiprofissionais possuem uma composição mista objetivando ter a configuração necessária para suprir as demandas da área cadastrada sob sua responsabilidade. Embora o tamanho da equipe mínima e os tipos de profissionais que a compõem sejam alvo de debates (ALMEIDA, 2007).

A equipe multidisciplinar de saúde da família é composta por Enfermeiro, Médico generalista, Auxiliar ou Técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS), Dentista, Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); que trabalham com definição de território de abrangência, no cadastramento e acompanhamento da população residente na área (SCOREL *et al.*, 2007).

Recomenda-se que cada equipe fique responsável por entre 600 e 1.000 famílias (2.400 a 4.500 habitantes). A equipe deve identificar os problemas de saúde, elaborando um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença (SCOREL *et al.*, 2007).

As unidades de saúde antigamente conhecidas como “postos de saúde” têm seu funcionamento reformulado segundo os pressupostos da Estratégia de Saúde da Família, transformando-se em Unidades de Saúde da Família (USF) e as equipes multiprofissionais, que as integram, são responsáveis pelo acompanhamento ostensivo e permanente de determinado número de indivíduos e famílias residentes em suas áreas de abrangência, criando vínculos entre os profissionais de saúde e a comunidade, tornando-se por consequência, um modelo mais humanizado (ALMEIDA, 2007).

A Estratégia tem como princípios básicos a integralidade das ações de saúde, hierarquização dos serviços de acordo com a complexidade requerida, territorialização e cadastramento da população adstrita, família como foco da assistência e atuação por meio de equipes multiprofissionais, atuando em tempo integral (40 horas semanais) (BRASIL, 2006).

De acordo com dados do próprio Ministério da Saúde (MS), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), funcionando corretamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, através de atendimento adequado e prevenção de doenças, evitando internações desnecessárias e contribuindo para a elevação da qualidade de vida da população (BRASIL, 2002).

Para o CONASS (2004), a Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações dos territórios (território-processo) bem delimitados. Utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações.

Para Starfield (2002, p. 28):

[...] a Atenção Primária é o nível dos serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A APS deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou de sofrimento que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (STARFIELD, 2002).

A APS, ainda de acordo com Starfield (2002) deve ser orientada pelos seguintes princípios: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; abordagem familiar e enfoque comunitário. Já Mendes (2002) destaca que as funções da APS são: Organizar os fluxos e contra-fluxos dos usuários, no sistema de serviços de saúde; responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam e resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população.

#### **4.5 Principais Estratégias de Prevenção das Doenças Parasitárias utilizadas pelos Profissionais da ESF**

##### **4.5.1 Promoção da Saúde**

A promoção da saúde é um campo de propostas, ideias e práticas, crescente na saúde pública, que parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes e propõe à articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

É uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2006).

Ainda de acordo com Buss (2000), este movimento ganhou força em 1986, com a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá, que formalizou a Carta de Ottawa, documento histórico que se constitui num marco de referência desse campo discursivo, cujas propostas delimitaram os principais campos de ação da promoção da saúde: (1) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; (2) criação de ambientes favoráveis à saúde; (3) reforço da ação comunitária; (4) desenvolvimento de habilidades pessoais e (5) reorientação do sistema saúde.

No Brasil, o movimento da promoção da saúde cresceu, com várias experiências municipais, no SUS e discussões acadêmicas sobre os significados, limites e disputas internas desse movimento e sua inserção na situação brasileira. Mas, apenas em 2006 foi editada uma

política nacional sobre o tema, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (TESSER, 2009).

De acordo com o Manual da Política Nacional de Promoção da Saúde,

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-doença ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida (BRASIL, 2006, p. 10).

Intimamente relacionada à vigilância à saúde e a um movimento de crítica à medicalização do setor, a promoção de saúde supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Incidindo sobre as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A promoção da saúde tem estreitado sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos, e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos, ratificando os preceitos constitucionais de participação social (BRASIL, 2006).

Tendo como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Nota-se uma convergência da PNPS com os campos de atuação da promoção da Carta de Ottawa e também a prioridade para a ação política, social, institucional, intersetorial e comunitária (TESSER, 2009).

#### **4.5.2 Educação em Saúde / Grupos**

A Educação em Saúde é um recurso utilizado pelos profissionais de saúde para atuarem na vida cotidiana das pessoas por meio do conhecimento científico produzido no

campo da saúde. Para que esse processo se dê de maneira eficaz e não impositiva, deve-se primar por práticas que respeitem as diferenças dos atores envolvidos, tornando a educação em saúde uma verdadeira ferramenta de empoderamento do indivíduo (ALVES, 2005).

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas a facilitar ações voluntárias voltadas para a saúde e que sejam sistematicamente planejadas. Assim, o campo da promoção da saúde surge em meio a esse panorama com a importante proposta de articular os saberes técnicos e populares, mobilizando recursos institucionais e comunitários (ACIOLI, 2008).

Ainda de acordo com Acioli (2008, p. 119) a educação em saúde:

Baseia-se em um enfoque crítico, o que implica no reconhecimento do caráter histórico dos determinantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença. Busca-se romper com o modelo normatizador, propondo um movimento contínuo de diálogo e troca de experiências, no qual pretende-se articular as dimensões individual e coletiva do processo educativo. Essa proposta pressupõe a compreensão do outro como sujeito, detentor de um determinado conhecimento e não mero receptor de informações. Isso implica no respeito ao universo cultural dos participantes, e principalmente na ideia de saberes – popular e científico – pensados de forma dinâmica, ou seja, saberes em relação.

Alves (2005) afirma que, o tema educação em/para a saúde é alvo de muitas análises no panorama atual, em função da necessidade de repensar o seu conceito, primeiramente, de saúde e os que dele suscitam. Desse modo, são elementos correlacionais a doença, processos de cura e prevenção e mais contemporaneamente, à promoção e educação em saúde.

Atualmente, busca a integração de saberes dos vários atores envolvidos por meio da valorização dos conhecimentos científico e popular, tendo em vista que ambos apresentam importância no desenvolvimento das práticas de saúde, pois proporcionam aos envolvidos uma visão crítica, bem como maior autonomia e participação frente à saúde no cotidiano (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006).

A educação, especialmente as demandas da educação em saúde, vem sendo reconduzida no sentido de ampliar sua margem de alcance na sociedade em geral. Podendo ainda defini-la com uma disciplina que estabelece um campo de práticas que acontecem no nível das relações sociais, normalmente estruturadas pelos profissionais da saúde, entre si, com as instituições e com os usuários dessas instituições, no desenvolvimento cotidiano das suas atividades (BARBOSA *et al.*, 2009).

De acordo com Albuquerque e Stotz (2004) a importância da educação em saúde está no seu relevante meio de despertar o interesse e a motivação da pessoa por sua saúde, ultrapassando o simples fornecimento de informações. Há muito tempo se discute acerca da

importância da utilização da prática educativa como aliada do processo de promoção da saúde nos diversos cenários nos quais o cuidado à saúde é prestado e, dentre estes, principalmente na atenção primária.

Na prática, a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade, compreendida aqui como contendo populações-alvo que não se encontram normalmente nas três outras dimensões (CANDEIAS, 1997).

O direito à saúde e à autonomia do indivíduo pode ser citado como condições indispensáveis no processo educativo. Nesse modelo, as propostas educativas não se baseiam na transmissão de conhecimentos acumulados pelos profissionais da saúde para a prevenção e cura de doenças, e sim, para a melhoria da qualidade de vida do ser humano por meio do reconhecimento das reais necessidades apresentadas (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Para Freire (1996), o ato educativo não deve ser baseado na transmissão de conhecimentos, na simples transferência de informações, caso contrário estará apenas reproduzindo uma “concepção bancária” que em nada contribui para a formação de um ser crítico e reflexivo, característico de um processo transformador.

O educador deve atuar por meio de uma busca constante ao estímulo da capacidade criadora do educando, tornando-o, assim, sujeito do processo educativo, em vez de mero receptor dos conhecimentos do educador. Dessa forma, ao pensar certo, o educador age respeitando o senso comum no processo de sua superação, haja vista que deve produzir conhecimento em comunhão com o educando (FREIRE, 1996).

Portanto, reconhece-se que a educação em saúde não se deve limitar ao simples caráter informativo, fragmentado, mas, transcendendo-o, possa levar o indivíduo, por meio de uma relação dialógica, à reflexão de sua situação, de seu papel no mundo, possibilitando-o que tome uma posição frente aos problemas com que se depara em seu cotidiano, e, com isso, perceba suas possibilidades de vir a ser no mundo (FELIPE, 2011).

A relação dialógica entre os membros do processo educativo busca o desenvolvimento de cada uma deles, em virtude do respeito às suas diferenças. Ou seja, o processo educativo não se apresenta como um ato unilateral no qual uma das partes tem seu saber considerado absoluto e livre de defeitos, em detrimento da outra considerada de menor importância.

O processo educativo atua como estimulador de mudanças individuais e coletivas ao apresentar uma abordagem que estimula o reconhecimento das experiências e saberes



contextualizados da população, compreendendo saúde e educação em suas múltiplas dimensões, superando, assim, visões e concepções parciais e alienantes (ACIOLI, 2008).

O respeito entre o profissional e o usuário deve ter como pressuposto o reconhecimento de que ambos são dotados de culturas próprias, que podem ou não apresentar os mesmos valores. O encontro de culturas, quando se preza pelo respeito, mostra-se como fortalecedor do processo educativo, pois os agentes podem interagir e negociar perspectivas educacionais para mudar a si e suas realidades (BOEHS *et al.*, 2007).

Considerando que o processo educativo é um processo político, que deve favorecer a desalienação e emancipação dos sujeitos e atores sociais, percebe-se no modelo de educação proposto por Freire (1996) um importante guia para os processos educativos desenvolvidos pelo enfermeiro nos grupos de educação em saúde, haja vista a consideração da racionalidade do ser humano, alvo das ações educativas, que pensa, sente e tem valores ligados ao contexto social no qual está inserido, bem como crenças que norteiam muitas de suas atitudes.

Ao respeitar o saber da pessoa de quem cuida, bem como seu contexto sociocultural, por meio de ações educativas pautadas em uma proposta emancipatória, ao invés de assistencialista, o enfermeiro atua como transformador social, pois coloca em prática seu conhecimento visando principalmente à autonomia do sujeito.

De acordo com Felipe (2011), uma das formas de praticar a educação em saúde ocorre por meio da formação dos grupos em saúde, nos quais pessoas que apresentam características semelhantes, ou necessidades em comum, têm oportunidade de aprenderem e partilharem conhecimentos, além da possibilidade de trocarem ideias acerca de suas experiências de vida. Os grupos de educação em saúde se constituem em uma prática de saúde fundamentada no trabalho coletivo.

Os grupos de educação em saúde são exercidos bilateralmente na interação e no diálogo entre seus participantes, ou seja, aquele que educa é, também, o que aprende por meio de uma relação dialógica de troca entre diferentes saberes, caracterizando assim um processo mútuo, democrático e solidário (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

O trabalho com grupos é reconhecido como estratégia de promoção da saúde, cuja prática vem sendo, cada vez mais, valorizada e discutida. Isso se deve ao fato de que em um grupo se torna mais fácil aprofundar discussões, ampliar os conhecimentos sobre a saúde e conduzir o processo de educação em saúde, o que pode favorecer a adoção de hábitos saudáveis e a mudança de comportamento, favorecendo, assim, a adesão ao tratamento proposto (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Muitos profissionais da saúde apresentam em sua prática cotidiana maior abertura para a realização de atividades educativas e surpreendem-se com os resultados positivos apresentados por essa iniciativa, que são expressos no interesse dos usuários do serviço ao trabalho educativo desenvolvido. Dessa forma, esses profissionais percebem que ao agregarem o papel de educador à sua prática, apresentam maior credibilidade entre a população assistida, bem como se tornam referência para essa população (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006).

A utilização dos grupos pela enfermagem não é tida exatamente como uma novidade. A própria profissão desenvolve seu trabalho em grupo, por meio da equipe de enfermagem e, durante a formação de seus profissionais, nos grupos de discussão de casos clínicos. A atividade educativa desenvolvida em grupos se mostra presente e realizada principalmente pelo enfermeiro na saúde pública (MUNARI; FUREGATO, 2003).

A ação educativa do enfermeiro, praticada por meio de grupos de educação em saúde, busca, dentre outros objetivos, a colaboração dos usuários participantes do grupo em seu próprio processo terapêutico e no de seus pares. Assim, percebe-se que o cuidado executado por este profissional está diretamente relacionado à educação, pois o trabalho educativo é posto em prática com o intuito de que surjam maiores possibilidades para a melhoria da qualidade de vida de seus participantes (FELIPE, 2011).

Felipe (2011) destaca, ainda, que a estratégia saúde da família tem como uma de suas atribuições, desenvolver atividades de educação em saúde e os grupos, uma vez que estas atividades se inter-relacionam, com a finalidade de promover modificações e transformações que primeiramente podem ser individualizadas, mas que a longo prazo tendem a modificar um ambiente como a comunidade que a pessoa convive.

A educação em saúde é um processo contínuo, podendo ser inserido em várias etapas e momentos da assistência, e principalmente na atenção básica, envolvendo os grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, puérperas, e outros com os quais são necessárias metodologias, conhecimento do público atendido, planejamento das ações educativas, dentre outros aspectos necessários à discussão para se estabelecer a educação, o autocuidado com efetividade (SAKATA *et al.*, 2007).

#### **4.5.3 Educação em saúde com foco nas parasitoses intestinais**

Vários pesquisadores têm destacado o papel de ações educativas, como parte do processo de intervenção no controle das Parasitoses Intestinais. As práticas educativas,

quando bem aplicadas, levam as pessoas a adquirirem os conhecimentos para a prevenção e a redução das enteroparasitoses, além de mudanças de certos hábitos culturais.

A implementação de práticas e processos que tenham como meta o “empowerment comunitário” demanda abordagens educativas para a prevenção e controle das parasitoses intestinais, visando promover a participação dos indivíduos e coletivos na identificação e na análise crítica desses problemas com a elaboração de estratégias de ação que busquem a transformação de seus hábitos de vida (BARBOSA *et al.*, 2009).

Ainda de acordo com Barbosa *et al.* (2009), a participação dos envolvidos no processo educativo relacionado às parasitoses intestinais deve ocorrer de forma ativa, viabilizando aos participantes um processo de facilitação das ações a serem desenvolvidas, bem como a visualização do entendimento do envolvidos quanto à prática educativa. Deve-se, sempre, ressaltar que as ações de saúde não dependem apenas dos profissionais que possuem o conhecimento técnico e científico, mas também da participação comunitária.

Programas de controle de parasitoses intestinais, em diferentes países, têm sido aplicados com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população, mas, infelizmente, constata-se um descompasso entre o êxito alcançado nos países mais desenvolvidos e os subdesenvolvidos. A falta de projetos educativos com a participação da comunidade e o custo financeiro das medidas técnicas dificultam a implementação dessas ações (LUDWIG *et al.*, 1999).

Por outro lado, em ações educativas conduzidas nesses tipos de programas, a utilização de instrumentos de comunicação constitui-se em um canal importante e facilitador da participação, como também contribui para proporcionar aprendizagem dos conteúdos informativos (BOEIRA, 2009).

De acordo Boeira (2009), diversas são as fontes de produção dos materiais educativos relacionados às doenças parasitárias. Alguns autores citam os vermes/parasitas (em conservação, lâminas), desenhos acadêmicos, diapositivos, livros/texto; o corpo humano (desenho da anatomia e fisiologia,); conceitos de saneamento e higiene e os resultados de exames clínicos e laboratoriais de sangue e fezes que mostram como ocorre o diagnóstico.

Entre os materiais educativos mais importantes para a divulgação podemos citar:

- Cartazes de Convite: focalizando o anúncio dos grupos de educação em saúde, convidando a população do território de atuação da equipe de ESF, contendo data, horário, e local da realização dos grupos;
- Panfletos e Comunicados de Convite: pequenos panfletos no modelo convite para ser distribuído pelos ACS aos moradores de suas micro áreas, convidando para os grupos;

- Cartazes de Divulgação: enfocando a importância do problema, sinais e sintomas das principais doenças parasitárias, formas de contágio, prevenção, diagnóstico e tratamento;
- Painéis e Murais: sobre a temática abordada, colocados na UBS, escolas, locais públicos de grande movimentação de pessoas na área de abrangência da ESF;
- Manuais de Saúde: manuais de saúde contendo informações importantes para os condutores dos grupos de educação em saúde (profissionais de saúde), manuais do Ministério da Saúde (MS).

Toscani *et al.* (2007) citam que entre as atividades educativas propostas para a prevenção de doenças parasitológicas destaca-se o uso do jogo educativo. O ambiente lúdico que o jogo proporciona cria um espaço privilegiado para a promoção da aprendizagem. Nestas atividades de educação em saúde, o participante enfrenta desafios, testa seus limites e soluciona problemas com o espaço para formulação de hipóteses sobre o assunto abordado.

O indivíduo brinca não para se tornar mais competente, mas devido a uma motivação intrínseca à própria atividade, aumentando o seu aprendizado. No jogo pedagógico, a intenção torna-se explícita, chegando a constituir o objetivo principal da interação. Desta forma, é importante que se busque o equilíbrio entre a função lúdica e pedagógica, conciliando a liberdade típica dos jogos e a orientação própria dos processos educativos (TOSCANI *et al.*, 2007).

Nesta conjuntura e visto que as parasitoses intestinais têm como seu alvo preferencial o público infantil, entende-se a necessidade de atividades voltadas para a educação nesta faixa etária. Toscani *et al.* (2007) acrescentam que para que o processo educativo ocorra ele deve ser adequado às capacidades cognitivas de cada fase do desenvolvimento, num ambiente prazeroso, propiciando uma relação direta entre os conteúdos e o seu dia-a-dia, contextualizando o conhecimento.

É importante lembrar que o jogo, para ser lúdico precisa gerar uma tensão positiva suficiente para não prejudicar o aprendizado do aluno, ou seja, tem de levar à ação e não à frustração. Nesse sentido, com o desenrolar das atividades, além das perguntas, prendas ou ‘micos’ devem ser feitas indagações com o intuito de promover o aprendizado de uma forma interessante e descontraída (TOSCANI *et al.*, 2007).

Em estudos realizados por Barbosa *et al.* (2009), com o tema educação em saúde e jogos lúdicos, foi comprovado que as crianças demonstraram ter compreendido a mensagem educativa, transmitida em linguagem acessível à idade, sobre o que são parasitoses e quais os

cuidados higiênicos e preventivos para as enteroparasitoses. Isso foi constatado na pesquisa dos autores, pela participação das crianças ao responder as indagações referentes à temática que foi anteriormente explanada.

Da mesma maneira, pais e responsáveis das crianças, através da roda de conversa que abordavam a temática, esclareceram suas principais dúvidas, abordando comportamentos preventivos e condutas terapêuticas. Eles demonstraram ter compreendido bem os aspectos trabalhados através de exemplos de práticas higiênicas adequadas e não adequadas dados por muitos deles aos demais presentes (BARBOSA *et al.*, 2009).

Nos estudos realizados por Boeira *et al.* (2009), as atividades de educação em saúde envolveram todas as crianças das séries iniciais de uma determinada escola (universo de pesquisa). Palestras educativas na forma de slides e informações sobre cuidados com água e alimentos, além de cuidados com a higiene pessoal, foram realizadas.

Brincadeiras para lavagem das mãos e atividades relacionadas, como pintura e desenho, foram aplicadas para que as crianças pudessem compreender melhor as informações repassadas pela equipe e, dessa forma, reduzir a exposição a novas infecções. Foram também repassadas orientações em forma de folhetos aos pais, professores e funcionários da escola sobre as parasitoses intestinais (BOEIRA *et al.*, 2009).

Fazendo uma análise em estudos realizados por Moitinho *et al.* (2000) encontram-se que as atividades de educação sanitária que foram realizadas incluíram palestras e/ou orientações sobre os mecanismos de transmissão, sintomatologia e prevenção das principais parasitoses intestinais. Estas atividades foram desenvolvidas com alunos, durante o horário de aula, e com a participação dos pais. Essas atividades de educação em saúde foram realizadas também por meio de apresentação de peças de teatro e feiras de saúde, onde atingiu um público maior.

Fomentar o envolvimento da população nessas ações contribui com o desenvolvimento do interesse e da independência no cuidado à saúde, garantindo o exercício da cidadania, além de promover a proximidade com os serviços de saúde com esse público alvo. O desenvolvimento de habilidades por meio da educação em saúde tem uma relação direta com a participação dos usuários para que estes possam ter um maior controle sobre a sua saúde e, assim, possam mudar o comportamento e passar a atuar de forma positiva (BARBOSA *et al.*, 2009).

Definir, entretanto, formas de intervenção para qualquer doença transmissível requer não apenas conhecimentos sobre o agente etiológico, fatores biológicos e ambientais, como também sobre o hospedeiro humano. Deste modo, faz-se necessária à implementação de

medidas de educação sanitária, de forma não isolada, mas que abranjam todos os membros da família, a fim de reduzir a infecção e reinfecção da população (TOSCANI *et al.*, 2007).

A educação em saúde é comprovadamente uma importante e efetiva medida profilática na prevenção às parasitoses. A implementação de programas e infraestrutura sanitária são fundamentais para a redução da prevalência das doenças parasitárias. Mudanças comportamentais devem ser buscadas, através do esclarecimento e informação da população, promovendo também a Educação Ambiental (LOPES; PERES, 2010).

#### **4.5.4 Visita Domiciliar (VD)**

A Visita Domiciliar (VD) é um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde, ao indivíduo, família e comunidade, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. A visita domiciliar possibilita conhecer a realidade do cliente e de sua família, contribuindo para a diminuição de internações hospitalares, além de fortalecer os vínculos entre a clientela e os profissionais de saúde envolvidos nesse processo, promovendo saúde (SAKATA *et al.*, 2007).

Giacomozzi e Lacerda (2006) entendem a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde e como um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares.

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares permite o planejamento das ações de saúde considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Neste contexto, Sakata *et al.* (2007) percebem a visita domiciliar, como método, técnica e instrumento, constituindo-se em um momento propício para estabelecer o movimento das relações comunitárias, com a escuta qualificada dos indivíduos, gerando o vínculo por meio do acolhimento, favorecendo os grupos familiares e comunidades para que tenham melhores condições de saúde. Importante ressaltar também que a visita se estabelece *in loco*, permeando o lugar do seu cotidiano, do seu mundo vivido e enfrentado, de acordo com sua visão de mundo.

Atualmente, a visita domiciliar é utilizada pela equipe multidisciplinar de saúde, objetivando atender o indivíduo na sua integralidade. É importante que nesta abordagem seja trabalhado vários assuntos/temas com os moradores. É preciso desconstruir a imagem estereotipada de que visita é coisa de leigos, desprovida de fundamentos, devendo ser constituída e desenvolvida sobre princípios éticos, humanos, mas também profissionais (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde. A assistência domiciliar oferece cuidados que podem ser de natureza preventiva, curativa, de reabilitação, ou de controle das doenças crônicas (SAKATA *et al.*, 2007).

Ainda de acordo com Sakata *et al.* (2007) durante a visita domiciliar os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, tem a possibilidade de reconhecer, identificar e diagnosticar as necessidades da família que está acompanhando, a partir de então pode traçar estratégias de intervenção ajustadas à realidade que vai desenvolver suas ações. Dentre as atividades desenvolvidas, destaca-se a educação em saúde com a finalidade de estimular a família ao autocuidado, já que a responsabilidade pelo bem-estar deve ser estimulada pela enfermagem e realizada pela família.

Merhy e Onoko (2007) usando um referencial que vem sendo incorporado na área da saúde classificaram a visita domiciliar como uma tecnologia leve-dura. Os autores desta proposta, ao analisarem as tecnologias em saúde, observaram que a palavra tecnologia é comumente utilizada para se relacionar às máquinas. Este conceito vem dificultando a compreensão de que, quando referimos a trabalho em saúde, não estando referindo apenas ao conjunto dos equipamentos ou tecnologias duras utilizados nas intervenções diagnósticas ou terapêuticas, mas sim em um universo mais complexo.

No conjunto de equipamentos, instrumentos e saberes profissionais está presente a tecnologia leve-dura: leve por conter um saber que as pessoas adquiriram e que está inscrito na sua forma de pensar as situações de saúde e na sua maneira de organizar uma atuação sobre elas; e dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem-normalizado e bem protocolado (MERHY; ONOKO, 2007).

Além destas duas situações tecnológicas abordadas, alguns autores trabalham somente com a tecnologia leve, ou seja, aquela que se produz através do trabalho vivo, entendido como processo das relações. Entende-se esta tecnologia como um encontro entre pessoas que atuam umas sobre e com as outras, criando espaços de intersubjetividade, onde acontecem os

momentos das falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro.

Lopes e Massaroli (2008) citam que a visita domiciliar reúne pelo menos três tecnologias leves a serem aprendidas e desenvolvidas, as quais são: a observação, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; a entrevista, implicando o diálogo com a sua devida finalidade e não apenas uma conversa empírica; e o relato oral ou história, espaço onde as pessoas revelam como dão sentido às suas vidas, dentro dos limites da liberdade que lhes são concedidos.

De acordo com vários autores pesquisados, alguns passos são importantes para a realização da VD, seguindo da orientação dos registros em diário de campo que deve ser ajustado a cada situação particular pelos profissionais de saúde, excluindo ou ampliando o número de itens a serem abordados, basicamente precisa incluir:

1. Planejamento da visita: objetivos e atividades a serem desenvolvidas;
2. Dados de identificação: data; hora de início e de término da visita; nome e registro do usuário ou família; endereço completo com ponto de referência no bairro, podendo incluir mapa indicativo e descrição detalhada do motivo da visita;
3. Parte descritiva, compreendendo:
  - 3.1. Retratos dos sujeitos: aparência física; maneira de vestir; maneirismos; estilo de falar e agir (procurar aspectos particulares das pessoas que as diferenciem);
  - 3.2. Reconstrução dos diálogos: conversas e depoimentos (usar paráfrases e citações na íntegra);
  - 3.3. Descrição do espaço físico: pode ser utilizados desenhos do espaço geográfico e físico do arranjo da mobília; descrição usando todos os sentidos;
  - 3.4. Relato de acontecimentos particulares; listagem de quem esteve envolvido no acontecimento, de que maneira e qual a natureza da ação;
  - 3.5. Descrição detalhada de atividades e de comportamentos;
  - 3.6. Comportamento do observador, que também é objeto de investigação; modo de vestir, ações e conversa com os sujeitos; atenção ao seu comportamento, suposições e tudo que possa afetar os dados que são recolhidos e analisados;
4. Parte reflexiva: relato pessoal; ênfase na especulação, sentimentos, problemas, idéias, palpites, impressões e preconceitos; a importância de confessar os próprios erros, as suas inadequações, os seus preconceitos, os seus gostos e aversões e especular acerca daquilo que se pensa estar aprendendo, que se pretende fazer a seguir e qual o resultado do estudo que se está realizando;



- 4.1. Reflexões sobre a análise: deve-se especular sobre o que se está aprendendo, os temas que estejam emergindo, padrões que podem estar presentes, conexões entre pedaços de dados, adição de idéias e pensamentos que lhe ocorrem;
- 4.2. Reflexões sobre o método: abordar procedimentos e estratégias empregadas no estudo e decisões tomadas sobre o plano de estudo;
- 4.3. Reflexões sobre conflitos e dilemas éticos: preocupações relacionadas com a vida dos sujeitos e seus valores;
- 4.4. Reflexões sobre o ponto de vista do observador: preconceitos e rupturas;
- 4.5. Pontos de clarificação: outros comentários que achar importantes;
5. Avaliação da visita: aspectos objetivos e subjetivos; informações para planejamento da próxima visita.

O registro destas informações, reflexões e ações deve ser realizado em um instrumento próprio. Este instrumento pode ser oficial, quando institucionalizado, como exemplo o prontuário do paciente, ou construído pelos profissionais, conforme a necessidade de sua aplicação, servindo também como registro de dados para o ensino ou pesquisa de acordo com aspectos éticos a serem resguardados (LOPES; MASSAROLI, 2008).

Sobre a construção dos diálogos, uma importante observação é no sentido de que, mesmo sendo constituídos de depoimentos sigilosos, eles precisam ser registrados, até para não se perderem de vista todas as informações necessárias para o acompanhamento da família pela equipe de saúde. Com essas informações os profissionais envolvidos poderão programar as intervenções de modo mais efetivo e resolutivo (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

De acordo com Merhy e Onoko (2007), a clareza e a descrição das informações são primordiais para o sucesso das intervenções a serem realizadas. À medida que o profissional vai desenvolvendo a atividade de visita, seu conteúdo vai ganhando mais detalhamento e profundidade, os vínculos começam a ser criados, os pacientes começa a se sentir mais a vontade para falar.

Enfatizando também que a ética profissional deve fazer parte do cotidiano de trabalho de cada profissional durante a realização da VD. A descrição do espaço físico na visita domiciliar é de igual forma, um aspecto importante para constar nos registros das atividades realizadas (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

É necessário que durante a visita seja feito um retrato do local, para que depois os profissionais possam refletir sobre a realidade da família, Neste sentido, a mobília da casa, as falas e emoções manifestas, devem ser observadas e consideradas na interpretação e análise que se desenvolverão a partir da visita (MERHY; ONOKO, 2007).

#### 4.5.5 Vigilância Epidemiológica (VE)

De acordo com a Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços do SUS, entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Vigilância Epidemiológica é o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a cada momento, o comportamento ou o histórico natural de uma doença e detectar ou prever mudanças que possam ocorrer por alterações dos fatores que as condicionam (BRASIL, 2005).

A sua finalidade maior, recomendada sobre bases científicas, refere-se às medidas oportunas que levam à prevenção e ao controle de várias doenças. Portanto, a Vigilância Epidemiológica (VE) só será eficiente se puder proporcionar informações fidedignas. Sob esse ângulo, a VE constitui o item informação do sistema Informação-Decisão-Control de doenças específicas (BRASIL, 2005).

A VE tem como propósitos:

Fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Sua operacionalização compreende um ciclo completo de funções específicas e inter-complementares, que devem ser desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo escolhido como alvo das ações, para que as intervenções pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e efetividade (BRASIL, 2008, p. 17).

Serviços envolvidos na melhoria das condições de vida e saúde da população, a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica em Saúde devem atuar em diferentes situações que surgem na assistência à saúde, agindo de forma integrada dentro de um mesmo objeto de trabalho: a melhoria de saúde da coletividade; em alguns momentos é de suma importância esses dois setores dividirem suas atuações na detecção e resposta aos eventos de saúde (BRASIL, 2009).

De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) são funções da Vigilância Epidemiológica:

- Coleta de dados;
- Processamento de dados coletados;
- Análise e interpretação dos dados processados;

- Recomendações de medidas de controle apropriadas;
- Promoção das ações de controle indicadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de informações pertinentes.

#### **4.5.6 Vigilância Epidemiológica das parasitoses intestinais**

Vários estudos sobre a situação de saúde da população no Brasil apontam para o fato, no final do século XX, da ocorrência de declínio nas taxas de mortalidade devido às Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), para as quais se dispõe de medidas de prevenção e controle. Por outro lado, observa-se que esta tendência verificada para a morbidade por esse grupo de causas não apresenta a mesma intensidade observada na mortalidade (BRASIL, 2008).

As atividades de prevenção e controle das doenças parasitárias devem ser baseadas tanto no controle dos agentes causais, quanto na melhoria das condições sanitárias e de moradia da população, minimizando sua exposição aos fatores de risco. Assim, a integração de equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e Vigilância em Saúde contribui significativamente para a redução de casos destes tipos de doença (BRASIL, 2009).

A proximidade com a comunidade mantém um canal de comunicação oportuno para a difusão de informações relativas ao processo saúde-doença; as doenças e suas formas de prevenção e controle proporcionam um melhor conhecimento sobre os fatores determinantes e condicionantes de saúde, favorecendo a participação da população local na definição de prioridades, na elaboração e na manutenção das ações de controle de agravos a serem desenvolvidas de acordo com as suas especificidades (BRASIL, 2009).

Os profissionais de saúde devem notificar surtos de enteroparasitoses à vigilância epidemiológica, quando do conhecimento e/ou acesso à informação, participando ativamente das ações de planejamento e estabelecimento de estratégias de controle dos surtos de enteroparasitoses. Porém, a maioria das doenças parasitárias não são doenças de notificação compulsória, mas os surtos devem ser notificados aos órgãos locais de saúde (BRASIL, 2005).

Conforme orientações, uma importante atividade é a investigação de campo para detectar e identificar os fatores ambientais de risco e seus determinantes, visando instituir medidas de prevenção e controle. Trata-se de um método de trabalho frequentemente utilizado

nos casos de epidemias de determinadas doenças transmissíveis, mas também aplicáveis a outros grupos de doenças, onde podem ser citadas as parasitoses intestinais (BRASIL, 2008).

Fehn *et al.* (2008) destacam que os inquéritos epidemiológicos são úteis para a vigilância e controle das doenças parasitárias, permitindo a aquisição de conhecimentos mais profundos e atualizados sobre os índices dessas doenças na população em geral. Portanto, os estudos de perfis epidemiológicos sobre as enteroparasitoses são de grande relevância e devem ser sempre colocados em prática pelos profissionais e serviços de saúde.

De acordo com o Plano Nacional de Vigilância e Controle das Enteroparasitoses (2005) compete à Vigilância Epidemiológica:

- Coordenar as ações do Plano de Vigilância das Enteroparasitoses;
- Coordenar e participar do desenvolvimento de ações na esfera federal, estadual e municipal;
- Consolidar e analisar periodicamente as informações sobre enteroparasitoses, na sua área de competência, para subsidiar a oportuna instituição das medidas de controle;
- Realizar investigação epidemiológica, a partir da notificação de surtos das enteroparasitoses e resultados de inquéritos;
- Definir ações necessárias ao controle e prevenção de casos e de surtos das enteroparasitoses, no seu nível de competência;
- Coordenar as ações de planejamento com vista ao estabelecimento de estratégias e definição das medidas de controle frente a surtos das enteroparasitoses;
- Gerenciar, supervisionar e executar as atividades de investigação epidemiológica de surtos das enteroparasitoses;
- Coletar, acondicionar e transportar, em conformidade com as normas técnicas, as amostras biológicas;
- Realizar coleta, consolidação e análise dos dados referentes às enteroparasitoses;
- Sensibilizar os profissionais de saúde e a comunidade para a notificação de surtos de enteroparasitoses;
- Criar mecanismos de disponibilização de documentação técnica atualizada;
- Promover estudos multicêntricos de prevalência e outras pesquisas técnico científicas específicas das infecções pelos agentes das Enteroparasitoses;
- Capacitar recursos humanos no âmbito de sua competência.

A avaliação da prevalência das parasitoses intestinais na comunidade bem como o controle dos portadores deve ser feita por meio dos inquéritos coproparasitológicos referidos aliados da vigilância epidemiológica. O tratamento objetiva reduzir a carga parasitológica e a disseminação da doença, além de impedir o aparecimento de formas graves. Para fins de efetividade, as ações de vigilância epidemiológica devem ser executadas em tempo oportuno (BRASIL, 2008).

#### **4.5.7 Importância da atuação da equipe de ESF frente às Parasitoses Intestinais**

A ideia de equipe advém da necessidade histórica do homem de somar esforços para alcançar objetivos que, isoladamente, não seriam alcançados ou poderiam ser alcançados de forma mais trabalhosa ou inadequada. O trabalho em equipe, portanto, pode ser entendido como uma estratégia, concebida pelo homem, para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador e usuário (PIANCASTELLI *et al.*, 2000).

O trabalho em equipe é considerado um pressuposto orientador para a reorganização do processo de trabalho nos serviços de saúde com vista a transformações nas formas de agir sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença da população a partir de uma maior interação entre os profissionais e as ações que desenvolvem (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008).

Segundo Piancastelli *et al.* (2000), o trabalho em equipe requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a Atenção Primária, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, prevenção e reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas, assumindo maior destaque entre as ações e à interação entre os profissionais da equipe de saúde no cotidiano do trabalho.

O trabalho em equipe surge assim como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços. Entre esses processos podemos citar o planejamento de serviços, o estabelecimento de prioridades, a redução da duplicação dos serviços, a geração de intervenções mais criativas, a redução de intervenções desnecessárias pela falta de comunicação entre os profissionais, resultando na redução de custos, com a possibilidade de aplicação e investimentos em outros processos (PINHO, 2006).

Como já vimos antes, o PSF tem como pressuposto básico o trabalho em equipe, composta de vários profissionais de nível superior e médio, com o objetivo de realizar uma intervenção de caráter primordialmente preventivo e de promoção à saúde, em uma população

territorialmente adscrita, visando especialmente à educação de grupos de risco, com maior propensão a adoecer ou a complicar, em função de patologias pré-existentes e/ou falta de informação (BRASIL, 2006).

É importante observar que as atribuições técnicas de cada um dos profissionais integrantes a equipe de ESF – médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde – encontram-se descritas em documentos/manuais do Ministério da Saúde. Contudo, um rol de atividades e funções é descrito como comuns a todos os profissionais integrantes as equipes, visando o trabalho compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade que devem ser desenvolvidos (BRASIL, 2001).

Segundo Costa, Enders e Menezes (2008), o trabalho em equipe deve envolver uma atuação multiprofissional, na qual cada um dos agentes tem definidas as suas atribuições e as suas bases de atuação, seja no ambiente da UBS, seja na comunidade ou ainda junto aos demais profissionais que compõem a equipe. Os autores colocam também que, no trabalho em equipe, cada profissional é instigado a participar do processo de trabalho coletivo, cujo produto deve resultar da contribuição de cada profissão.

A multiprofissionalidade diz respeito a uma atuação conjunta de várias categorias profissionais. O trabalho em equipe na saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, e prevenção e reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de Saúde (PINHO, 2006).

Na unidade produtora dos serviços de saúde não se aceita mais um profissional que trabalhe isolado, mas sim em equipe, onde o foco central da atenção não é no indivíduo exclusivamente, mas na família e suas ramificações, visando intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde. A assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008).

#### **4.6 Medidas de Controle e Eliminação das Parasitoses Intestinais**

A prevenção das parasitoses exige medidas simples, mas é preciso que se crie o hábito de executá-las rotineiramente. É importante salientar que num ambiente coletivo onde há convivência de indivíduos sadios e doentes de diferentes famílias, em um mesmo espaço

físico, é necessário que haja procedimentos de higiene ambientais e pessoais, diferenciados dos utilizados no ambiente doméstico (CASTRO; BEYRODT, 2003).

Barbosa *et al.* (2009) citam que é fundamental a prática de medidas preventivas no contexto familiar com relação à parasitoses, no que se refere à manipulação, armazenamento e preparo de alimentos, conduta com a água a ser consumida, como também, conhecimento acerca desse tipo de agravo à saúde por parte da população, preferencialmente adquirido mediante um processo educativo, o qual possibilite o indivíduo a mudar comportamentos para a promoção de sua saúde.

Vale ressaltar a importante questão das dificuldades socioeconômicas enfrentada pela maioria da população, que muitas vezes limita os pacientes e a comunidade em relação à adoção de práticas preventivas, como ausência de banheiros, impossibilidade de aquisição de filtros de água, ausência de água encanada em casa, dentre outras (LOPES; PERES, 2010).

Conforme Moitinho *et al.* (2000) além de atuar no controle e prevenção das infecções parasitárias mais prevalentes em suas localidades, a comunidade tem um papel fundamental de mobilização social e pode funcionar como um meio eficaz de se obter o desenvolvimento de outras questões relacionadas à área da saúde, as quais podem resultar no desenvolvimento de melhores indicadores de saúde para população envolvida.

As dificuldades práticas do controle das parasitoses podem ser amenizadas mediante a implantação de medidas integradas que envolvam parcerias entre as equipes de ESF de cada área, órgão governamentais de saúde (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde – SES, Secretarias Municipais de Saúde – SMS), autoridades sanitárias, instituições acadêmicas e principalmente a comunidade, além da importante contribuição de parcerias intersetoriais (MOITINHO *et al.*, 2000).

As medidas de controle e eliminação das parasitoses intestinais podem ser divididas em medidas Gerais e Específicas para cada tipo de parasitose. Algumas medidas profiláticas são importantes e cabem ser ressaltadas, como: lavar as mãos antes das refeições, antes de manipular e preparar alimentos, antes do cuidado de crianças e após ir ao banheiro ou trocar fraldas; andar sempre com os pés calçados; cozinhar bem os alimentos; lavar com água potável os alimentos que serão consumidos crus e se possível deixe-os de molho por 30 minutos em hipoclorito de sódio a 2,5% (LOPES; PERES, 2010).

Lopes e Peres (2010) ressaltam, ainda, que beber somente água filtrada ou fervida, manter limpa a casa e terreno ao redor, evitando a presença de possíveis hospedeiros, conservar as mãos sempre limpas, as unhas aparadas e evitar colocá-las na boca, evitar que

crianças brinquem em terrenos propícios, com lixo ou água poluída também são medidas eficazes de prevenção e controle das parasitoses intestinais.

Neves (2005) cita que as medidas para a prevenção e controle das parasitoses intestinais podem ser de promoção, como a moradia adequada; saneamento ambiental, incluindo tratamento de água, esgoto e coleta de lixo; educação em saúde e em especial o desenvolvimento de ações de controle dos vetores que visem interromper os ciclos biológicos dos agentes infecciosos na natureza.

Embora os determinantes sociais sejam relevantes e na maioria das parasitoses os autores refiram que a forma de transmissão é por meio de alimentos, água, solo, o tipo de cuidado que a criança recebe também é significativo. Crianças cuidadas em creche têm um risco de adquirir essas parasitoses pela transmissão interpessoal.

Em creches deve ter cuidado com a transmissão via alimentos e água, adotando cuidados na compra, preparo e distribuição das refeições as crianças e funcionários. Entretanto, um aspecto muitas vezes esquecido pelos profissionais de saúde e educadores é que a transmissão pessoa-pessoa é a mais relevante na creche e mais difícil de ser controlada (CASTRO; BEYRODT, 2003).

De acordo com Castro e Beyrodt (2003), nas creches, a higiene deve ser feita com competência e qualidade, pois, caso contrário, pode tornar-se um risco à saúde das crianças e trabalhadores. Mas para que a qualidade ocorra é preciso conhecer os processos de contaminação pessoal e ambiental. Informar sempre que medidas simples como a lavagem de mãos com água e sabão neutro reduzem os riscos de contaminação.

Em relação à medida de controle: evitar andar descalço, em estudos realizados por Prado *et al.* (2001), eles explicaram que a maior prevalência da infecção helmíntica entre as crianças do sexo masculino está no fato dos meninos estarem mais expostos ao ambiente peridomiciliar durante as atividades de lazer, uma vez que a maioria das crianças do estudo tinham, como local para as brincadeiras, as ruas e/ou quadras esportivas sem pavimentação.

Provavelmente, estes ambientes encontram-se contaminados por ovos e larvas de helmintos intestinais, devido à disposição inadequada de excretas humana e esgotos sanitários, contribuindo dessa maneira para a disseminação dos parasitas.

As medidas básicas de prevenção das parasitoses devem iniciar-se por um trabalho educativo que abranja equipe, familiares e comunidade. É fundamental rever os procedimentos sanitários utilizados, a oferta de água e alimentos e as condições físicas e ambientais das comunidades (CASTRO; BEYRODT, 2003).



#### 4.6.1 Saneamento Básico como uma medida de controle

Os problemas de saúde pública e de poluição do meio ambiente obrigaram a humanidade a encontrar soluções de saneamento para a coleta e o tratamento dos esgotos, abastecimento de água segura para o consumo humano, coleta e tratamento dos resíduos sólidos e a drenagem das águas da chuva. As condições de saneamento básico ofertadas à população são um dos fatores que determinam a qualidade de vida e interferem no processo saúde/doença (PHILIPPI JR, 2004).

Segundo a OMS, saneamento é o controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem ou podem exercer efeitos nocivos sobre o bem estar físico, mental e social. O Saneamento é realizado por meio de estações de tratamento de esgoto que reproduzem, em um menor espaço e tempo, a capacidade de autodepuração dos cursos d'água.

De acordo com Cavinatto (1992), saneamento significa higiene e limpeza, o autor cita que entre as principais atividades de saneamento estão a coleta e o tratamento de resíduos das atividades humanas tanto sólidos quanto líquidos (lixo e esgoto), prevenir a poluição das águas de rios e outros mananciais, garantir a qualidade da água utilizada pelas populações para consumo, bem como seu fornecimento de qualidade, além do controle de vetores.

De outra forma, pode-se dizer que saneamento caracteriza um conjunto de ações sócio-econômicas que visam alcançar salubridade ambiental. Entende-se ainda, como salubridade ambiental o estado de higidez (estado de saúde normal) em que vive a população urbana e rural, tanto no que se refere a sua capacidade de inibir, prevenir ou impedir a ocorrência de endemias ou epidemias veiculadas pelo meio ambiente favorável ao pleno gozo de saúde e bem-estar (GUIMARÃES; CARVALHO; SILVA, 2007).

Escoda (2005) cita que o saneamento básico é uma das armas da Saúde Pública, através de um conjunto de medidas que visa preservar ou modificar as condições do ambiente com a finalidade de prevenir doenças e promover a saúde. Normalmente, a atividade de saneamento tem como objetivos: controle e prevenção de doenças, melhoria da qualidade de vida da população, melhorar a produtividade do indivíduo e facilitar a atividade econômica.

A água constitui elemento essencial à vida. O homem necessita de água de qualidade adequada e em quantidade suficiente para atender a suas necessidades, para proteção de sua saúde e para propiciar o desenvolvimento econômico. Água potável é a água própria para o consumo humano e para ser assim considerada, ela deve atender aos padrões de potabilidade (BARROS *et al.*, 1995).

De acordo com Barros *et al.* (1995) o sistema de abastecimento de água representa um conjunto de obras, equipamentos e serviços destinados ao abastecimento de água potável de uma comunidade para fins de consumo doméstico, serviços públicos, consumo industrial e outros usos. Para o abastecimento de água, a melhor saída é a solução coletiva, exceto no caso das comunidades rurais que se encontram muito afastadas. As partes do sistema público de água são: captação; adução (transporte); tratamento; armazenamento e a distribuição.

Com a construção de um sistema de esgotos sanitários em uma comunidade procura-se atingir os seguintes objetivos: afastamento rápido e seguro dos esgotos; coleta dos esgotos individual ou coletiva (fossas ou rede coletora); tratamento e disposição adequada dos esgotos tratados, visando atingir benefícios como conservação dos recursos naturais; melhoria das condições sanitárias locais; eliminação de focos de contaminação e poluição; eliminação de problemas estéticos desagradáveis; redução dos recursos aplicados no tratamento de doenças; diminuição dos custos no tratamento de água para abastecimento (CAVINATTO, 1992).

O abastecimento de água e o esgotamento sanitário são vitais para a melhoria das condições de vida e saúde das comunidades e na recuperação e proteção do meio ambiente, o que consagra a necessidade de sua universalização. A defesa de medidas saudáveis implica em adotar certos hábitos, novas posturas, agindo em favor da saúde. E é nesse caminho que os profissionais da saúde devem atuar (GUIMARÃES; CARVALHO; SILVA, 2007).

Atualmente, o setor de Saneamento Básico tem recebido maior atenção governamental e existe uma quantidade significativa de recursos a serem investidos. No entanto, esses investimentos devem, além de gerar os benefícios já esperados quanto à melhoria da qualidade da água e dos índices de saúde pública, atender aos padrões mínimos de qualidade, sendo definidos pela legislação específica do setor, com a finalidade de garantir a sustentabilidade dos mesmos (LEONETI *et al.*, 2011).

Leoneti *et al.* (2011) citam que nestes últimos anos, as principais normas que regulam o setor de saneamento básico no Brasil estão representadas pela Lei 11.445/2007, que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico, e pela Lei 9.433/1997, referente à Política Nacional de Recursos Hídricos (PNRH). Verificam-se nestas leis algumas exigências para garantir a sustentabilidade dos investimentos em saneamento básico e principalmente atingir padrões de qualidade e saúde.

Na Lei 11.445/2007 - Dos Princípios Fundamentais, o Art. 1º estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico. O Art. 2º cita que os serviços públicos de saneamento básico serão prestados com base nos seguintes princípios fundamentais:

I - universalização do acesso;

II - integralidade, compreendida como o conjunto de todas as atividades e componentes de cada um dos diversos serviços de saneamento básico, propiciando à população o acesso na conformidade de suas necessidades e maximizando a eficácia das ações e resultados;

III - abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos realizados de formas adequadas à saúde pública e à proteção do meio ambiente;

IV - disponibilidade, em todas as áreas urbanas, de serviços de drenagem e de manejo das águas pluviais adequados à saúde pública e à segurança da vida e do patrimônio público e privado (BRASIL, 2007, p. 24).

Soma-se a isso o fato de que ainda não estão definidas, de maneira clara, as atribuições de cada esfera governamental no que se refere ao saneamento básico. Devido a essa indefinição, União, Estados, Distrito Federal e Municípios poderiam criar ações redundantes em alguns casos ou se tornar negligentes em outros, deixando a responsabilidade para um dos demais agentes envolvidos (LEONETI *et al.*, 2011).

Pelo impacto na qualidade de vida, na saúde, na educação, no trabalho e no ambiente, o saneamento básico envolve a atuação de múltiplos agentes em uma ampla rede institucional. No Brasil, está marcado por uma grande desigualdade e por um grande déficit ao acesso, principalmente em relação à coleta e tratamento de esgoto (LEONETI *et al.*, 2011).

As políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de saneamento básico das comunidades são eficazes para diminuir a mortalidade infantil pós-neonatal, período este em que os óbitos ocorrem devido, principalmente, às doenças relacionadas às condições do ambiente em que se vive. Esse fato confirma que o aumento da cobertura populacional por sistemas de esgotamento sanitário pode contribuir para reduzir ainda mais a mortalidade infantil no Brasil (VANDERSLICE; BRISCOE, 1995).

Vanderslice e Briscoe (1995) mencionam que sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário proporcionam benefícios gerais para a saúde da população, seguindo duas vias: mediante efeitos diretos e indiretos, resultantes, primordialmente, do nível de desenvolvimento da localidade atendida. Os efeitos das intervenções de saneamento são geralmente positivos, por se constituírem em um serviço que assegura melhoria e bem-estar da população.

Neste contexto, os efeitos positivos do saneamento no crescimento econômico e na redução da pobreza são evidentes. Segundo um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS), cada dólar investido na melhoria do saneamento para o alcance dos objetivos de

desenvolvimento gera, em média, um benefício econômico de US\$ 12 (PRÜSS ÜSTÜN *et al.*, 2008).

Investir em saneamento é a única forma de se reverter o quadro existente. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde afirmam que para cada R\$ 1,00 investido no setor de saneamento, economiza-se R\$ 4,00 na área de medicina curativa. Entretanto, é preciso que se veja o outro lado da moeda, pois o homem não pode ver a natureza como uma fonte inesgotável de recursos, que pode ser depredada em ritmo ascendente para bancar necessidades de consumo que poderiam ser atendidas de maneira racional, evitando a devastação da fauna, da flora, da água e de fontes preciosas de matérias-primas (AZEREDO *et al.*, 2007).

Todavia, os investimentos em saneamento devem atender a requisitos técnicos, ambientais, sociais e econômicos, de forma a se trabalhar o conceito de desenvolvimento sustentável, de preservação e conservação do meio ambiente e particularmente dos recursos hídricos, refletindo diretamente no planejamento das ações de saneamento (AZEREDO *et al.*, 2007).

Para se obter condições sanitárias adequadas, não basta que o esgoto seja adequadamente coletado por meio de uma rede geral. É necessário que também seja tratado, caso contrário, recursos hídricos ficarão poluídos e haverá proliferação de doenças, como a diarreia e as parasitoses intestinais, devido à contaminação da água por coliformes fecais e microorganismos (parasitas), causando prejuízo à saúde da população e o aumento da mortalidade infantil.

#### **4.7 Atuação do enfermeiro nas parasitoses intestinais**

A Enfermagem compreende uma profissão com um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido através de um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa, gerência e assistência, realizando a prestação de serviços à pessoa, família e coletividade (COFEN, 2007).

De acordo com Backes *et al.* (2012), a enfermagem vem ampliando, a cada dia, o seu espaço na área da saúde, tanto no contexto nacional quanto no cenário internacional. O enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e pró-ativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões.

O cuidado de enfermagem contém em sua estrutura relações sociais específicas e o conhecimento (saber de enfermagem) corporificado em um nível técnico-científico (instrumentos e condutas), visando ao entendimento de necessidades humanas que podem ser definidas no ponto de vista biológico, psicológico e social. É nesse sentido que a enfermagem deve atuar baseada nas evidências científicas dos conhecimentos aliados a ações de recuperação, proteção e, principalmente, prevenção em saúde (BRASIL, 1997).

Analisando as principais funções e atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, Chaves (1993) refere que ao nos transportarmos para o cenário da enfermagem brasileira, compete principalmente ao enfermeiro o gerenciamento da assistência de enfermagem prestada ao paciente, sendo sua ação direcionada para o desenvolvimento de atividades administrativas, assistenciais, educativas e de pesquisa com vistas ao aprimoramento da prática profissional.

O enfermeiro, como coordenador da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem grande responsabilidade para que ocorram mudanças no perfil de saúde da população. Para uma melhor resolução das ações destes profissionais, foi estabelecido pelo Guia Prático do Programa de Saúde da Família, como atribuições do enfermeiro: assistência e educação integral em todas as fases do ciclo da vida, com a criança, adolescente, mulher, adulto e idoso, através do planejamento, gerenciamento, coordenação, execução e avaliação, tanto na unidade quanto no domicílio (BRASIL, 2006).

Prestando o cuidado ao ser humano, em todas as suas dimensões, como essência e especificidade da profissão, a enfermagem tem a possibilidade de transitar pelos diferentes campos de conhecimento, bem como pelas diferentes realidades sociais. A enfermagem apresenta grande possibilidade de contribuir para a construção de um saber interdisciplinar, além de estabelecer canais efetivos de comunicação com os colaboradores e diversos setores sociais e, dessa forma, possibilitar estratégias mais eficazes e resolutivas de cuidado em saúde (BACKES *et al.*, 2012).

A atuação do enfermeiro frente às parasitoses intestinais deve ser primeiramente preventiva, com foco na vigilância e controle destas doenças, através do desenvolvimento de várias atividades, com destaque para a educação em saúde, preparando o indivíduo e a coletividade, assegurando assim melhorias na qualidade de vida da população atendida (LEPARGNEUR, 1996).

Evidências internacionais acenam para a importância do papel profissional do enfermeiro na saúde coletiva, tanto no espaço domiciliar quanto no espaço comunitário ou nos centros de saúde comunitários. A enfermagem tem a possibilidade de operar frente às

parasitoses intestinais, de forma criativa e autônoma, seja através da educação em saúde, seja na promoção ou mesmo na reabilitação da saúde dos indivíduos acometidos por estas doenças (BACKES *et al.*, 2012).

O enfermeiro por ter no cuidado a essência de sua prática necessita construir conhecimentos para planejar e orientar os educadores e educandos sobre cuidados com a prevenção e o controle das parasitoses através da elaboração de manuais de procedimentos, planejamento e supervisão de todas as atividades a serem desenvolvidas (CASTRO; BEYRODT, 2003).

Ainda de acordo com Backes *et al.* (2012), esse processo se dá, particularmente, no esforço pelo levantamento de situações críticas e a intervenção sistematizada de um plano de cuidados, capaz de superar as fragmentações e assegurar a continuidade e a resolutividade do cuidado em saúde.

No entanto, para que as ações de enfermagem frente às parasitoses intestinais se tornem reais, é preciso que sejam subsidiadas por conhecimento científico e prático. Uma das barreiras que dificultam a atuação profissional com qualidade e eficácia é a falta de conhecimento dos profissionais de saúde (capacitação profissional) e a não vivência da realidade dos problemas a serem enfrentados.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da evolução dos conhecimentos e tecnologias na área da saúde, as enteroparasitoses ainda constituem-se num grave problema de saúde pública no mundo, sofrendo variações de acordo com as condições sociais e ambientais a que a população está exposta. Segundo dados da OMS, as doenças infecciosas e parasitárias permanecem entre as principais causas de morte, sendo responsáveis por aproximadamente 2 a 3 milhões de óbitos por ano, em todo o mundo.

Com a realização deste estudo conclui-se que as parasitoses intestinais mais prevalentes nas populações atendidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) considerando a sua distribuição e as altas frequências, são: o *Ascaris lumbricoides*; a *Giardia lamblia*; *Trichuris trichiura*; o *Enterobius vermicularis*; *Ancylostoma duodenalis* e *Necator americanus*; *Entamoeba coli*; *Entamoeba histolytica* e *Endolimax nana*.

Em vários estudos consultados sobre a prevalência de enteroparasitoses por faixa etária, os autores afirmaram que, com o passar dos anos, há uma tendência para a diminuição progressiva nas taxas de prevalência dessas doenças, sendo a maior prevalência em crianças pré-escolares e escolares. Já nos adultos e idosos ocorre a redução no número de casos devido à imunidade e à adoção de hábitos saudáveis de vida e higiene.

As principais estratégias e atividades que os profissionais das equipes de ESF desenvolvem para a prevenção e controle das parasitoses intestinais são: Promoção da Saúde; Educação em Saúde / Grupos; Visita Domiciliar (VD); Vigilância Epidemiológica (VE) e o Trabalho em Equipe.

Propõe-se, então, que essas intervenções realizadas pelas equipes de ESF sejam ampliadas em abrangência e atuação, tomando como ponto de partida os problemas e as necessidades de saúde da população e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e, principalmente, do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços de saúde.

Atuar sobre os efeitos do adoecer visando à utilização de espaços que vão além dos muros das unidades de saúde tem incidido nas condições de vida da população, favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham.

A educação em saúde é apresentada como uma das possibilidades de atuação do profissional de saúde, em particular do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF), para orientação das atividades a serem desenvolvidas com a comunidade em relação às parasitoses

intestinais, assim como importante método a ser implementado com vistas à prevenção do surgimento dessas doenças e/ou de suas complicações.

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, destaca-se o da Atenção Básica como um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas relacionadas às parasitoses intestinais, justificado pela particularidade que as equipes de ESF possuem, isto é, como a maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais desenvolvidas.

Entende-se que a Vigilância Epidemiológica das parasitoses intestinais constitui-se em um importante instrumento de prevenção e controle dessas doenças, fornecendo importantes subsídios para que os serviços de saúde planejem, organizem e operacionalizem suas atividades. Ressalta-se o papel da integração das ações de controle com a Atenção Básica, através da incorporação dessas rotinas de prevenção e controle das parasitoses intestinais nas equipes de ESF.

Medidas simples como destino adequado do lixo e dejetos; melhoria da qualidade da água; tratar, filtrar e ferver a água para consumo; lavar as mãos antes das refeições, após o uso do sanitário; higiene pessoal e na manipulação dos alimentos; manter as unhas aparadas, rente aos dedos, para evitar acúmulo de material contaminado; lavar bem e desinfetar verduras cruas e ingerir vegetais cozidos têm sido importantes na prevenção das parasitoses humana.

Observa-se, também, a importância da educação em saúde; saneamento básico; controle de vetores; manter limpo as instalações sanitárias; realização periódica de Exame Parasitológico de Fezes (EPF) e o tratamento em massa da população para reduzir a carga parasitária.

Além do baixo custo financeiro das medidas técnicas como o saneamento básico, a falta de projetos educativos com a participação da comunidade dificultam a implementação das ações de controle das parasitoses intestinais. Deve se considerar, portanto, que além das mudanças nas condições socioeconômicas e de infraestrutura, a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e buscando o envolvimento comunitário são fatores de sucesso para esse tipo de programa.

Os profissionais envolvidos nas atividades de vigilância e controle das parasitoses intestinais devem possuir competências técnicas embasadas nos conhecimentos científicos, que os tornem aptos para desenvolver atividades que sejam resolutivas às necessidades e à realidade da comunidade na qual estão desenvolvendo o seu trabalho.

A proposta do trabalho em equipe na atuação frente às parasitoses intestinais significa criar esforços coletivos para resolver esses problemas no território de atuação. Os



profissionais da equipe multidisciplinar que compõe a ESF devem conhecer a realidade das famílias e suas características sociais, demográficas e epidemiológicas. Neste contexto, o enfermeiro se destaca na prevenção e controle das parasitoses intestinais através do desenvolvimento de práticas de cuidado as famílias e principalmente nas atividades de educação em saúde e organização do trabalho da equipe.

A justificativa do estudo foi correspondida e os objetivos propostos foram cumpridos, uma vez que se discutiu e analisou a atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) frente às principais Parasitoses Intestinais com base na literatura especializada no tema.

Foram descritos os principais tipos de parasitoses intestinais mais prevalentes e recorrentes na população, observando quais são as principais estratégias de prevenção utilizadas pelos profissionais e as medidas de controle e eliminação das Parasitoses Intestinais. Para finalizar o estudo foi discutida a importância da atuação da equipe de ESF, com destaque para os enfermeiros.

A metodologia escolhida para o estudo foi adequada, por meio da realização de uma revisão bibliográfica narrativa do conhecimento disponível na literatura nacional e internacional sobre as parasitoses intestinais e a atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Com a utilização dos descritores/unitermos selecionados para a pesquisa foi possível ter acesso a um número considerável de artigos, dissertações e teses, além dos textos/materiais publicados em livros da área de ciências da saúde consultados.

Enfim, propõe-se que os profissionais integrantes as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, principalmente, os enfermeiros, possam e passem a desenvolver essas atividades de vigilância, prevenção e controle das parasitoses intestinais em seus territórios de atuação. Destacam-se as atividades de Educação em Saúde abordando questões ligadas a promoção da saúde, hábitos saudáveis de alimentação e vida.

Assim, é necessário identificar, prevenir e tratar as infecções parasitárias, a fim de evitar prováveis epidemias e formação de novas áreas endêmicas. Essas medidas preventivas utilizadas para o controle das doenças parasitárias contribuem para a redução dos gastos anuais com os tratamentos específicos.

Desenvolver o estudo foi uma grande oportunidade de aperfeiçoamento profissional em uma área do conhecimento muitas vezes esquecida pelos profissionais das equipes de ESF, mas que é de suma importância a sua abordagem constante no cronograma de atividades das equipes.

Acredita-se, desta forma, que este estudo traga contribuições para a reflexão sobre a atuação das equipes de ESF frente às principais parasitoses intestinais, colaborando, assim,

para a compreensão deste problema e a solução das questões que nele são colocadas. Contribuindo para a melhoria no atendimento aos usuários dos serviços de saúde, com uma visão holística a ser adotada pelos profissionais de saúde em relação à atuação frente as parasitoses intestinais.

O presente trabalho não tem a pretensão de finalizar um estudo sobre este tema, mas de contribuir com os estudos já realizados e para que se realizem outros com a temática abordada.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, 2008.

ADDUM, F.M. *et al.* Planejamento Local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Rev. Physis**, v. 21, p. 955-978, 2011.

ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, Maio, 2009.

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Rev. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 15, p. 259-74, 2004.

ALMEIDA, H.A.C.D. **A Estratégia de Saúde da Família**: Uma contribuição da análise ergológica à administração. 2007. Dissertação (Mestrado em Administração). Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Rev. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p. 39-52, 2005.

ANDREAZZI, M.A.R. *et al.* Old indicators for new problems: the relationship between sanitation and health. **Rev. Panamericana de Salud Pública**, v. 22, n. 3, p. 211-217, 2007.

ASOLU, S.O.; OFOEZIE, I.E. The role of health education and sanitation in the control of helminth infections. **Rev. Acta Tropica**, v. 86, n. 2, p. 283-94, 2003.

AZEREDO, C.M. *et al.* Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 743-753, 2007.

BACKES, D.S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BAPTISTA, S.C. *et al.* Análise da incidência de parasitoses intestinais no município de Paraíba do Sul, RJ. **Rev. RBAC**, v. 38, n. 4, p. 271-273, 2006.

BARBOSA, L.A. *et al.* A educação em saúde como instrumento na prevenção de parasitoses. **Rev. RBPS**, Fortaleza, v. 22, n. 4, p. 272-278, Out/Dez., 2009.

BARROS, R.T.V. *et al.* **Manual de saneamento e proteção ambiental para os municípios**. v. 2. Belo Horizonte: DESA-UFGM, 1995.

BELLOTO, M.V.T. *et al.* Enteroparasitoses numa população de escolares da rede pública de ensino do Município de Mirassol, São Paulo, Brasil. **Rev. Pan-Amaz Saúde**, v. 2, n. 1, p. 37-44, 2011.

BENCKE, A. *et al.* Enteroparasitoses em escolares residentes da periferia de Porto Alegre, RS, Brasil. **Rev. Patologia Tropical**, v. 35, p. 31-36, 2006.

BOEHS, A.E. *et al.* A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-14, 2007.

BOEIRA, V.L. Educação em saúde como instrumento de controle de parasitoses intestinais em crianças. **Rev. Varia Scientia**, v. 9, n. 15, p. 35-43, Jan/Jul, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 372 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Glossário Temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 56 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Centro Nacional de Epidemiologia. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080 de 19/09/1990**. Diário Oficial da União. Brasília, 20/09/1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 284 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Vigilância e Controle das Enteroparasitoses**. Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS. Brasília – DF, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. 4, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília, DF; 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância em saúde: zoonoses**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 228 p.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, v. 5, p. 163-77, 2000.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-13, 1997.

CANESQUI, A.M.M.; SPINELLI, A.S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Rev. Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1881-92, Set, 2006.

CANTOS, G.A. *et al.* Estudo comparativo da prevalência de enteroparasitos de pacientes atendidos em dois laboratórios de Florianópolis - SC. **Rev. News Lab**, n. 54, p. 126-130, 2002.

CASTRO, C.G.; BEYRODT, C.G.P. Ações de enfermagem na prevenção de parasitoses intestinais em creches. **Rev. Enfermagem da UNISA**, v. 4, p. 76-80, 2003.

CAVALCANTE, M.G.S. *et al.* Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 437-45, Out./Dez. 2006.

CAVINATTO, V. M. **Saneamento básico: fonte de saúde e bem-estar.** São Paulo: Ed. Moderna, 1992.

CHAVES, E.H.B. Aspectos da liderança no trabalho do enfermeiro. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 53-8, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2007.** Resolução COFEN 311/2007.

COLLEY, D.G. Parasitic diseases: opportunities and challenges in the 21st century. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, supl 1, p. 79-87, 2000.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS.** Brasília: CONASS, 2004. 28 p.

COSTA, R.K.S.; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P. Trabalho em equipe de saúde: Uma análise contextual. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 4, p. 530-536, Out/Dez, 2008.

ELY, L.S. *et al.* Prevalência de Enteroparasitos em Idosos. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 637-646, 2011.

ESCODA, M.S.Q. Avaliação de efetividade de ações de saneamento: análise de gestão. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 493-497, 2005.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2-3, Fev./Mar. 2007.

FEHN, L.A.C. *et al.* A importância dos inquéritos epidemiológicos como instrumentos de avaliação dos serviços de saúde. **In: XVIII CIC; X Enpos**, Pelotas, 2008.

FELIPE, G.F. **Educação em saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso.** 2011. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa. Universidade Estadual do Ceará. 2011. 173f.

FERREIRA, G.R.; ANDRADE, C.F.S. Alguns aspectos socioeconômicos relacionados à parasitoses intestinais e avaliação de uma intervenção educativa em escolares de Estiva Gerbi, São Paulo. **Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 38, n. 5, p. 402-405, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 25 ed. São Paulo: Ed. Paz e Terra; 1996.

GASPARINI, E.A.; PORTELLA, R.B. **Manual de Parasitoses Intestinais.** Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2005.

GAZZINELLI, M. F.; REIS, D.C.; MARQUES, R.C. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação.** Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2006. 166 p.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, v. 4, p. 645-53, 2006.

GUILHERME, A.L.F. *et al.* Parasitas intestinais e comensais em indivíduos de três Vilas Rurais do Estado do Paraná, Brasil. **Rev. Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 331-336, 2004.

GUIMARÃES, A. J. A.; CARVALHO, D. F.; SILVA, L. D. B. **Saneamento básico.** Disponível em: <<http://www.ufrj.br/institutos/it/deng/leonardo/downloads/APOSTILA/Apostila%20IT%20179/Cap%201.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2012.

HEUKELBACH, J. *et al.* Ectoparasitoses e Saúde Pública no Brasil: desafios para controle. **Rev. Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Set/Out, 2003.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas Saneamento 2011: saneamento básico.** Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/atlas\\_saneamento/default\\_zip.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/atlas_saneamento/default_zip.shtm)>. Acesso em: 22 set. 2012.

JUNIOR, A.C.G.; PAGAN, W.S. Aspectos conceituais da regulação dos serviços de água e esgoto no Brasil. **Rev. Engenharia Sanitária e Ambiental**, v. 14, n. 1, p. 79-88, Jan/Mar, 2009.

LEONETI, A.B. *et al.* Saneamento básico no Brasil: considerações sobre investimentos e sustentabilidade para o século XXI. **Rev. Rap**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, p. 331-48, Mar/Abr, 2011.

LEPARGNEUR, H. Qualidade de Vida e Educação. **Rev. O Mundo da Saúde**, v. 20, n. 5, p. 175-82, 1996.

LOPES, L.F.; PERES, P.E.C. Incidência de parasitoses humanas diagnosticadas no Município de Rosário do Sul / RS. **Rev. Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental REGET-CT/UFSM**, v. 1, n. 1, p. 41-46, 2010.

LOPES, W.O.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Rev. Ciência e Cuidados a Saúde**, v. 7, p. 2, 241-247, Abr/Jun, 2008.

LUDWIG, K.M. *et al.* Correlação entre condições de saneamento básico e parasitoses intestinais na população de Assis. **Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 32, n. 5. p. 547-555, Set/Out, 1999.

MACEDO, H.S. Prevalência de Parasitos e Comensais Intestinais em Crianças de Escolas da Rede Pública Municipal de Paracatu (Minas Gerais). **Rev. Brasileira de Análises Clínicas**, v. 37, n. 4, p. 209-213, 2005.

MACHADO, R.C. *et al.* Giardíase e helmintíases em crianças de creches e escolas de 1º e 2º graus (públicas e privadas) da cidade de Mirassol (SP, Brasil). **Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 32, p. 697-704, Nov/Dez, 1999.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E.E.; ONOKO, R. editores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Ed. Hucitec; 2007.

MOITINHO, M.L.R. *et al.* Controle de parasitoses intestinais na comunidade do Núcleo Habitacional Santa Felicidade de Maringá, Paraná, Brasil. **Rev. Acta Scientiarum**, v. 22, n. 2, p. 593-597, 2000.

MONTEIRO, A.M.C. *et al.* Parasitoses intestinais em crianças de creches públicas localizadas em bairros periféricos do município de Coari, Amazonas, Brasil. **Rev. Patologia Tropical**, v. 38, p. 284-290, 2009.

MUNARI, D.B.; FUREGATO, A.R.F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: Ed. AB, 2003.

NEVES, D.P. *et al.* **Parasitologia Médica**. 10<sup>a</sup> ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.

NEVES, D.P. **Parasitologia Humana**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005.



OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-33, 2006.

PHILIPPI JR., A. **Saneamento, saúde e ambiente**: fundamentos para um desenvolvimento sustentável. Coleção Ambiental. Barueri: Ed. Manole, 2004.

PIANCASTELLI, C.H. *et al.* **O trabalho em equipe**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS, p.45-50, 2000.

PINHO, M.C.G. **Trabalho em Equipe de Saúde**: limites e possibilidades de atuação eficaz. 2006. Tese (Doutorado do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social). UERJ. 2006.

PITTNER, E. *et al.* Enteroparasitoses em crianças de uma comunidade escolar na cidade de Guarapuava, PR. **Rev. Salus**, Guarapuava, v. 1, n. 1, Jan/Jun, 2007.

PRADO, M.S. *et al.* Prevalência e intensidade da infecção por parasitas intestinais em crianças na idade escolar na Cidade de Salvador (Bahia, Brasil). **Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 1, p. 99-101, Jan/Fev, 2001.

PRÜSS-ÜSTÜN, A. *et al.* **Safer water, better health**: costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health. Geneva: World Health Organization, 2008.

RIBEIRO, J.W.; ROOKE, J.M. **Saneamento básico e sua relação com o meio ambiente e a saúde pública**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Análise Ambiental). Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010.

SAKATA, K.N. *et al.* Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 6, p. 659-64, 2007.

SANTOS, S.A.; MERLINI, L.S. Prevalência de enteroparasitos em moradores de vilas periféricas de Porto Alegre, RS. **Rev. Brasileira de Análises Clínicas**, v. 35, n. 4, p. 215-217, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - SBMFC, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Abordagem das Parasitoses Intestinais mais Prevalentes na Infância. Autoria: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Projeto Diretrizes**. 2009.

SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção de Saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Rev. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

SILVA, R.C. *et al.* Parasitismo por *Ascaris lumbricoides* e seus aspectos epidemiológicos em crianças do Estado do Maranhão. **Rev. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, n. 1, p. 100-102, Jan/Fev, 2011.

SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e paciente. **Rev. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ed. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TASHIMA, N.T.; SIMÕES, M.J.S. Parasitas intestinais: prevalência e correlação com a idade e com os sintomas apresentados de uma população infantil de Presidente Prudente-SP. **Rev. Brasileira de Análises Clínicas**, v. 37, n. 1, p. 35-39, 2005.

TESSER, C.D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Rev. Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, Ago, 2009.

TOSCANI, N.V. *et al.* Desenvolvimento e análise de jogo educativo para crianças visando à prevenção de doenças parasitológicas. **Rev. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p. 281-94, Mai/Ago, 2007.

VANDERSLICE, J.; BRISCOE, J. Environmental interventions in developing countries: interactions and their implications. **Rev. American Journal of Epidemiology**, v. 141, p. 135-144, 1995.

VASCONCELOS, I.A.B. *et al.* Prevalência de parasitoses intestinais entre crianças de 4-12 anos no Crato, Estado do Ceará: um problema recorrente de saúde pública. **Rev. Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 33, n. 1, p. 35-41, 2011.

VIANA, A.L.D.A.; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p. 225-64, 2005.