

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

OMAR DIAS DE OLIVEIRA

**PREVENÇÃO DE VERMINOSES POR MEIO DE AÇÃO EDUCATIVA:  
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

CONSELHEIRO LAFAIETE – MG

2014

Omar Dias de Oliveira

**PREVENÇÃO DE VERMINOSES POR MEIO DE AÇÃO EDUCATIVA:  
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde, oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais, Polo Conselheiro Lafaiete, MG, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Anézia M. F. Madeira

Conselheiro Lafaiete - MG

2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do  
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Oliveira, Omar Dias

PREVENÇÃO DE VERMINOSES POR MEIO DE AÇÃO EDUCATIVA: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE [manuscrito] / Omar Dias Oliveira. - 2012.

38 f.

Orientador: Anézia M. F. Madeira.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais da Saúde.

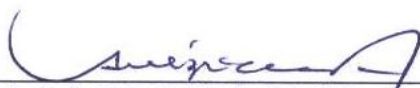
1.Parasitoses Intestinais. 2.Práticas Educativas. 3.Educação em Saúde.  
4.Atenção Primária. I.Madeira, Anézia M. F. . II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Omar Dias de Oliveira

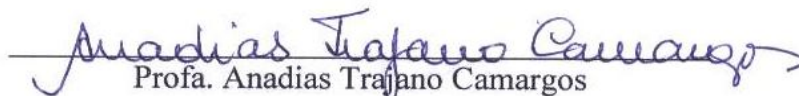
**PREVENÇÃO DE VERMINOSES POR MEIO DE AÇÃO  
EDUCATIVA: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM UMA UBS**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Anézia Maria Faria Madeira (orientadora)



Prof. Anadias Trajano Camargos

**Data de aprovação: 09/05/2014**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus.

A minha orientadora Profa. Dra. Anézia Moreira Faria Madeira, por ter transmitido o saber de forma objetiva e precisa.

Aos colegas de curso.

A minha família, que nos momentos mais difíceis não me deixou desanimar.

**MUITO OBRIGADO!**

## RESUMO

Trata-se de uma proposta de intervenção configurada em ação educativa, que tem como objetivo prevenir parasitoses intestinais e promover hábitos de vida saudáveis na população adscrita à Unidade Básica de Saúde José Gordiano, município de Rio Espera, Minas Gerais. Para dar sustentação teórica à proposta de intervenção, inicialmente realizou-se levantamento bibliográfico nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Scielo e Lilacs por meio dos descritores de busca: parasitoses intestinais; educação em saúde; práticas educativas; e atenção primária. Além disso, foram utilizadas publicações do Ministério da Saúde, livros técnicos, dissertação de mestrado e módulos do CEFPEPS. A população alvo será constituída por mães de crianças menores de cinco anos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. A prática educativa será desenvolvida por meio de Grupos Operativos, os quais acontecerão mensalmente na própria UBS, e serão de responsabilidade dos profissionais que compõem a ESF. Serão trabalhados os temas: parasitoses intestinais, medidas preventivas e hábitos de vida saudáveis. Metodologias ativas, participativas serão utilizadas como forma de envolver as mães na atividade, e possibilitar mudança de comportamento com relação às parasitoses intestinais.

**Palavras-chave:** Parasitoses Intestinais. Educação em Saúde. Práticas Educativas. Atenção Primária.

## ABSTRACT

This is a proposal for intervention set in educational action that aims to prevent intestinal parasites and promote healthy lifestyles enrolled in the Basic Health Unit population José Gordiano municipality of Rio Espera, Minas Gerais. To give theoretical support to the proposed intervention, initially held in bibliographic databases of the Virtual Health Library (VHL): Lilacs and Scielo through search descriptors: intestinal parasites; health education; educational practices; and primary care. In addition, the Ministry of Health publications, technical books, dissertation and CEFPEPS modules were used. The target population will consist of mothers of children under five years living in the area covered by the health unit. The educational practice will be developed through Operational Group, which will take place monthly at UBS itself, and will be the responsibility of the professionals who make up the ESF. Intestinal parasites, preventive measures and healthy lifestyles: the issues will be worked out. Active, participatory methodologies will be used as a way to involve mothers in the activity, and enable behavior change in relation to intestinal parasites.

**Keywords:** Intestinal Parasites. Health Education. Educational Practices. Primary Care.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	8
<b>2 OBJETIVO</b>	13
<b>3 JUSTIFICATIVA</b>	14
<b>4 METODOLOGIA</b>	15
<b>4.1 Fundamentação teórica</b>	15
<i>4.1.1 Contextualizando parasitoses intestinais</i>	15
<i>4.1.2 Um pouco sobre algumas parasitoses intestinais mais comuns</i>	16
<i>4.1.3 Ações educativas no combate e na prevenção das parasitoses intestinais</i>	26
<b>5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	28
<b>5.1. Contexto de realização da proposta</b>	28
<b>5.2 População alvo</b>	28
<b>5.3 Plano de ação</b>	28
<i>5.3.1 Operacionalização do Grupo Operativo</i>	30
<b>5.4 Recursos materiais</b>	31
<b>5.5 Cronograma da Proposta de Intervenção</b>	32
<b>5.6 Avaliação e acompanhamento da proposta</b>	32
<b>5.7 Orçamento</b>	33
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	34
<b>REFERÊNCIAS</b>	35



## 1 INTRODUÇÃO

Os parasitos intestinais representam um segmento considerável de doenças infecciosas e parasitárias em todo o mundo, cuja prevalência pode variar dependendo das características de cada região. Estima-se que mais de dois bilhões de pessoas estão infectados com algum tipo de verme ou parasito e que 60% dessas infecções possam ser responsáveis por deficiências nutricionais, principalmente carência de ferro e de vitaminas. Além disso, dois terços da mortalidade mundial tem relação com doenças de veiculação hídrica, como as parasitoses intestinais (TEIXEIRA; HELLER, 2004).

Nas regiões onde a prevalência de parasitas intestinais é elevada, observa-se incidência de diferentes doenças, como a obstrução intestinal (*Ascaris lumbricoides*), a desnutrição (*Ascaris lumbricoides* e *Trichuris trichiura*), quadros de diarreia e má absorção de nutrientes (*Entamoeba histolytica* e *Giardia lamblia*), anemia por deficiência de ferro (*Ancylostoma duodenale*), cujos sinais e sintomas sofrem influência da intensidade da resposta imune e da relação parasito-hospedeiro (BRASIL, 2009a).

Diferentes fatores podem contribuir para esse quadro, tais como água contaminada, ausência de políticas públicas voltadas para o fortalecimento de mudança de hábitos culturais através da educação sanitária e em saúde, bem como melhoria nas condições socioeconômicas da população (PRADO, 2012).

No Brasil, as parasitoses figuram entre os principais problemas de saúde pública; no entanto a investigação parasitológica tem sido amplamente negligenciada no país (BASSO *et al.*, 2008). Os agentes etiológicos relacionados às parasitoses apresentam ciclos evolutivos que contam com períodos de parasitose humana, períodos de vida livre no ambiente e períodos de parasitose em outros animais. A negligência dos órgãos responsáveis pelo diagnóstico e controle das parasitoses contribui para que elas se tornem endêmicas em algumas regiões do Brasil, principalmente em localidades onde as condições de saneamento básico são precárias.

De acordo com Toscani (2007) a infecção humana é mais comum em crianças, por meio da via orofecal, sendo águas e alimentos contaminados os principais veículos de transmissão. Estima-se que cerca de um bilhão de indivíduos em todo mundo albergue *Ascaris lumbricoides*, sendo apenas pouco menor o contingente infestado por *Trichuris trichiura* e pelos ancilostomídeos. Estima-se, também, que duzentos a quatrocentos milhões de indivíduos, respectivamente, alberguem *Giardia duodenalis* e *Entamoeba histolytica*.

É consenso 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. No Brasil, os problemas envolvendo as parasitoses tomam uma grande proporção, especialmente devido às condições socioeconômicas, à falta de saneamento básico, educação sanitária e hábitos culturais. O último levantamento multicêntrico das parasitoses intestinais, realizado no país, revelou uma prevalência de 28,5% em escolares com idade de sete a quatorze anos (LUDWIG, 2007).

A qualidade em saúde, sua prevenção e manutenção são os principais problemas enfrentados nos países em desenvolvimento e de um modo geral as informações sobre a prevalência de helmintos intestinais no Brasil são escassas ou mesmo nulas para determinadas regiões. As parasitoses apresentam variações inter-regionais, dependendo de condições sanitárias, educacionais, econômicas, sociais, índice de aglomeração da população, condições de uso e contaminação do solo, da água e alimentos; da capacidade de evolução das larvas e ovos de helmintos e de cistos de protozoários em cada um desses ambientes. Apesar da alta frequência de parasitoses causadas à população em geral, ressalta-se a escassez de estudos acerca do problema, visando um melhor dimensionamento e elaboração de medidas de combate por parte das autoridades sanitárias (MARQUES, 2005).

Essas doenças, muitas vezes, são subestimadas pelos profissionais de saúde, porém a morbidade a elas associada é significativa. Saneamento básico é considerado uma das melhores e mais eficazes soluções para a promoção da saúde no Brasil. Financeiramente, o investimento é relativamente baixo e o retorno é garantido. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que, em um período de dez anos, quatro reais são economizados em cada um real

aplicado em obras de saneamento. A rede pública de saúde também ganha com investimento neste tipo de obra. Dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que, na última década, cerca de setecentas internações hospitalares ao ano foram causadas por doenças relacionadas à falta ou inadequação de saneamento (FUNASA, 2004).

As responsabilidades para erradicação das verminoses não cabem apenas às equipes de saúde, mas também aos órgãos públicos. Devido aos riscos de uma disseminação em grande escala, o governo deve manter um sistema de controle sobre as verminoses, incluindo: tratamento e controle da qualidade da água do abastecimento público, aumento da área coberta por abastecimento de água e esgoto sanitário, controle rigoroso das condições de saúde dos trabalhadores envolvidos com o manuseio de alimentos, limpeza adequada e rotineira dos reservatórios de água, campanha de orientação sobre o tema com programas voltados para medidas de prevenção, focados na educação em saúde (BRASIL, 2009a).

A educação em saúde visa à promoção da saúde de indivíduos e comunidades por meio da formação de hábitos saudáveis de vida; a adoção de comportamentos de baixo risco à saúde; o desenvolvimento do senso de responsabilidade social; a formação para o pleno exercício da cidadania; o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis. Visa, também, à compreensão de que a saúde não é só ausência de doenças, mas o resultado de condições adequadas de saneamento, habitação, educação, geração de renda, alimentação, segurança, cultura, lazer, entre outras (MADUREIRA, 2009).

A partir da experiência profissional como enfermeiro em uma unidade básica de saúde tive oportunidade de vivenciar a desinformação dos usuários que procuram o serviço sobre a prevenção e o tratamento das parasitoses intestinais. Presenciei, também, quadros de diarreia crônica e déficit nutricional e anemia, em pessoas provindas de regiões com saneamento básico inadequado. Estas intercorrências, por sua vez, acarretavam atraso no desenvolvimento ponderoestatural e intelectual dos indivíduos, principalmente crianças. Isto reflete claramente a necessidade de maiores cuidados higiênicos e provimento, pelos órgãos responsáveis, de água e esgoto tratados à população. Infelizmente não foi realizado nenhum estudo epidemiológico que

evidenciasse a prevalência dos tipos de parasitoses na área de abrangência da unidade de saúde, bem como no município.

Neste sentido, ao desenvolver os módulos do Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde (CEFPEPS) da Universidade Federal de Minas Gerais, vislumbrei a possibilidade de desenvolver meu Trabalho de Conclusão de Curso focado em uma proposta de intervenção, que trabalhasse a prevenção das parasitoses intestinais por meio de ações educativas à população adscrita à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde José Gordiano, município de Rio Espera, Minas Gerais.

Rio Espera localiza-se próximo a Viçosa, a 170km de Belo Horizonte. Com relevo bastante acidentado, a cidade possui altitude de 172 metros e limita-se com os municípios de Cipotanea, Senhora de Oliveira, Lamim, Santana dos Montes, Capela Nova e Alto do Rio Doce. Sua área territorial é de 240,4 Km<sup>2</sup> e abriga uma população de 7.474 habitantes. É responsável pelos lugarejos Rio Melo, Piranguita, Araras, Buraco do Paiol, Moreira e Padilha (RIO ESPERA, 2010).

Com relação à Saúde, o município possui dois centros de saúde, o Centro de Saúde Dr Liberato Miranda, que possui infraestrutura para atendimento básico, e um outro que atende a população de Piranguita e Rio Melo. Possui também um hospital/maternidade de pequeno porte, Hospital São Francisco. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município diminuiu a demanda de trabalho nos centros de saúde e no hospital, e os usuários estão sendo atendidos melhor. Além disso, a integração da ESF com alguns segmentos da sociedade, como a Associação Pastoral da Criança e o Conselho Tutelar Municipal, tem possibilitado desenvolver ações voltadas para o combate da desnutrição infantil, e para o acompanhamento de crianças e adolescentes de forma geral. A ESF tem possibilitado também acompanhar de forma mais organizada gestantes, hipertensos e diabéticos.

A Unidade Básica de Saúde José Gordiano, na qual atuo como enfermeiro, possui três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF); cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde. Além das especialidades, psicologia, fonoaudiologia e nutrição, conta com atendimento odontológico (realizado pelos dentistas do Programa Saúde Bucal), cardiologia, pediatria, ginecologia e

obstetrícia, os quais são oferecidos uma vez por semana. São realizados na unidade curativos, exames preventivos, teste da orelhinha e eletrocardiograma. A triagem dos usuários é feita pelo enfermeiro, por meio do Protocolo de Manchester.

## **2 OBJETIVO**

Realizar uma proposta de intervenção utilizando como estratégia a ação educativa visando a prevenção de parasitoses intestinais e promoção de hábitos de vida saudáveis na população adscrita à Unidade Básica de Saúde José Gordiano, Rio Espera, Minas Gerais.

### 3 JUSTIFICATIVA

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) uma das medidas mais eficazes no controle das parasitoses intestinais é a promoção de um trabalho educativo na população, com aplicação prática dos princípios básicos de higiene pessoal e o conhecimento dos principais meios de contaminação. Para o controle das helmintoses intestinais é imprescindível uma boa cobertura e qualidade nos serviços de abastecimento de água do sistema público e a eliminação da disposição dos esgotos nos terrenos ou nas ruas por meio da implantação de redes coletoras de esgotos ou outras soluções alternativas adequadas sanitária e ambientalmente.

Neste caso, um dos caminhos para se trabalhar a prevenção das parasitoses intestinais é por meio de ação educativa. No entanto, esta só terá impacto quando bem planejada e adequada à realidade dos sujeitos envolvidos.

Acredito que esta proposta de intervenção – ação educativa - poderá de certa forma auxiliar os profissionais de saúde que atuam na atenção básica à saúde a organizarem suas ações a usuários portadores de parasitoses, bem como a promoverem hábitos de vida saudáveis junto à população.

## 4 METODOLOGIA

Para dar sustentação teórica à proposta de intervenção, inicialmente realizou-se levantamento bibliográfico nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): SciELO, LILACS e MEDLINE por meio dos descritores de busca: parasitoses intestinais; educação em saúde; práticas educativas; atenção primária. Além disso, foram utilizadas publicações do Ministério da Saúde, livros técnicos, e dissertação de mestrado que tratam da temática abordada neste trabalho. Como dito anteriormente, os módulos do CEFPEPS foram fundamentais na estruturação da proposta. Neste caso, foram utilizadas 37 publicações neste trabalho.

### 4.1 Fundamentação teórica

#### 4.1.1 Contextualizando parasitoses intestinais

As parasitoses intestinais estão entre as infecções mais comuns em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. Dados relativos a essas doenças na Europa são escassos, considerando que não são de notificação compulsória (BASSO *et al.*, 2008).

Para Maranhão (2009) parasitoses intestinais representam um sério problema de saúde pública, onde são considerados como indicadores de saúde o nível sócio econômico, as condições precárias de saneamento básico e os hábitos de higiene inadequados.

Embora os determinantes sociais sejam relevantes, e na maioria das parasitoses os autores afirmam que a forma de transmissão é por meio de alimentos, água, solo, o tipo de cuidado é muito significativo na prevenção de agravos decorrentes desse tipo de doença.



Alves *et al.* (2008) em seu estudo sobre incidência de parasitoses nas escolas, a prevalência de doenças infecciosas e parasitárias representam 24,7%, em crianças na faixa etária de um a quatro anos. Esta situação torna-se preocupante quando consideramos crianças em idade escolar, visto que algumas parasitoses intestinais podem diminuir as funções cognitivas de escolares.

Segundo Carneiro (2002), os resultados dos estudos epidemiológicos sobre os parasitas intestinais têm sido poucas vezes retornados para os serviços locais de saúde, o que permitiria a avaliação dos programas, assim como a construção das bases para participação da comunidade, direcionando a tomada de decisões governamentais. As pesquisas são realizadas, mas não existem programas médico-sanitários eficientes adequados à comunidade para controle do parasitismo intestinal.

#### 4.1.2 *Um pouco sobre algumas parasitoses intestinais mais comuns*

##### 4.1.2.1 Ascaridíase

Ascaridíase é a infecção helmíntica mais comum em humanos. Estima-se que 25% da população mundial abriga o *Ascaris lumbricoides*. No Brasil, estima-se que em torno de cinquenta milhões de pessoas possam estar afetadas. Esta prevalência é explicada pela alta capacidade de a fêmea gerar prole (uma só fêmea é capaz de liberar até 27 milhões de ovos durante o curso da infecção) e pela alta resistência dos ovos ao meio externo (FELDMAN *et al.*, 2002; GASPARINI; PORTELLA, 2005).

Trata-se do nematelminto de maior tamanho, com o adulto variando de 15 a 40 cm de comprimento, sendo as fêmeas maiores e mais cilíndricas, podendo chegar até 49 cm. Localiza-se, preferencialmente, no intestino delgado, em especial na luz do jejuno e do íleo médio (GASPARINI; PORTELLA, 2005).

O *Ascaris lumbricoides* é um geo-helminto, isto é, necessita de hospedeiro intermediário, mas a maturação dos ovos ou das larvas se faz no meio ambiente (solo). Em temperaturas ótimas

(entre 20°C e 30°C), pode completar-se em duas semanas. Experimentalmente, comprovou-se a infectividade após sete anos de permanência no solo, mas em condições naturais a viabilidade dos ovos deve ser bem menor. As fases larvárias dividem-se em cinco estágios. As larvas do primeiro, segundo e terceiro estágios ficam no interior do ovo, sendo esta última responsável pela infecção no homem após a ingestão dos ovos larvados (GASPARINI; PORTELLA, 2005; REY, 2001).

A transmissão para o homem ocorre através da ingestão dos ovos infectantes do parasita, procedentes do solo, água ou alimentos contaminados com fezes humanas. Após a ingestão dos ovos infectados, estes eclodem no duodeno, liberando as larvas que atravessam a parede intestinal e penetram no sistema venoso portal, de onde são levadas ao fígado, coração e pulmões, transformando-se em larvas do quarto estágio. Ao atravessarem os alvéolos, passam a ser larvas de quinto estágio e migram para as vias aéreas superiores e faringe, sendo deglutidas e levadas até o intestino delgado. Neste local tornam-se adultos jovens, cerca de vinte a trinta dias após a ingestão dos ovos larvados. Inicia-se, então, o processo de maturação sexual e a oviposição (BRASIL, 2009; GASPARINI; PORTELLA, 2005).

Os *Ascaris lumbricoides* maduros são sexualmente dimórficos. Os machos são menores que as fêmeas e estas podem depositar cerca de 200.000 ovos em um dia. Os vermes adultos vivem cerca de um ano e seus ovos requerem incubação no solo para tornarem-se infectantes; o *Ascaris* não se multiplica no hospedeiro. A continuidade da infecção requer repetida ingestão de ovos larvados (BRASIL, 2009a).

A patogenia do verme adulto se deve à ação mecânica na luz intestinal, ação traumática e espoliadora, ação antiinflamatória, tóxica e alergizante. A mobilidade do *Ascaris lumbricoides* é exacerbada em situações de estresse. Ele costuma se exteriorizar pelas aberturas do corpo humano (oral, nasal e anal), em presença de febre ou ausência prolongada de alimentação oral. Habitualmente não causa sintomatologia. Pode manifestar-se por dor abdominal, diarreia, náuseas e anorexia. Sintomas se manifestam usualmente naqueles com grande número de vermes (GASPARINI, 2005). Em virtude do ciclo pulmonar da larva, alguns pacientes apresentam manifestações pulmonares com broncoespasmo, hemoptise e pneumonite, caracterizando a síndrome de Löeffler, que cursa com eosinofilia importante (FELDMAN *et al.*, 2002; BRASIL, 2006b).

Silva; Guyatt; Bundy (1997, p.99) afirma que:

Grande número de vermes maduros pode causar sintomas intestinais severos. A complicação mais comum é a obstrução intestinal. Os pacientes se apresentam com obstrução parcial ou completa do intestino delgado e frequentemente tem uma história de eliminação de vermes adultos nas fezes ou vômitos. Pacientes com obstrução intestinal geralmente tem mais de sessenta vermes. Raro, caso fatal frequentemente tem mais de seiscentos vermes. Casos fatais resultam de obstrução, intussuscepção ou volvo, produzindo necrose intestinal (SILVA; GUYATT; BUNDY, 1997, p.99).

Os *Ascaris lumbricoides* são altamente móveis. Vermes adultos podem entrar pela ampola de Vater e migrar para dentro da vesícula biliar ou ducto pancreático. Os vermes podem causar cólica biliar, icterícia obstrutiva, colangite ascendente, colecistite acalculosa ou pancreatite aguda (FELDMAN *et al.*, 2002).

O quadro clínico não a distingue de outras verminoses, havendo, portanto, necessidade de confirmação do achado de ovos nos exames parasitológicos de fezes (BRASIL, 2009).

Para o controle da doença, além das medidas gerais de educação em saúde e saneamento, são importantes as medidas específicas: evitar as possíveis fontes de infecção, ingerir vegetais cozidos e lavar bem e desinfetar verduras cruas, higiene pessoal e na manipulação dos alimentos (BRASIL, 2006a). O tratamento da forma não complicada pode ser feito com levamisol, albendazol, mebendazol, pamoato de pirantel ou ivermectina (GASPARINI; PORTELLA, 2005).

#### 4.1.2.2 Ancilostomídia

Ancilostomídia é uma helmintíase que pode ser causada pelo *Ancylostoma duodenale* e/ou *Necator americanus*. Localizam-se no duodeno e no jejuno proximal. Os vermes adultos vivem presos à mucosa do intestino delgado por suas cápsulas bucais, por onde sugam o sangue. A configuração da cápsula bucal, em forma de dentes, caracteriza o gênero *Ancylostoma*,

enquanto a forma de lâminas cortantes caracteriza o gênero *Necator* (GASPARINI; PORTELLA, 2005).

A distribuição é mundial, sendo o segundo nematelminto mais prevalente. Brasil, Colômbia, México, Haiti, Panamá e Costa Rica apresentam alta prevalência. É mais frequente em clima tropical e subtropical, sendo mais comum nas populações mais carentes pelo hábito de defecação no solo e de andar descalço. A OMS, em 1998, noticiou a prevalência desta parasitose, mostrando que já ultrapassou um bilhão de indivíduos infectados; sendo que aproximadamente 151 milhões sofrem dessa doença (GASPARINI; PORTELLA, 2005).

As fêmeas produzem cerca de 10.000 a 30.000 ovos por dia, que são eliminados com as fezes e já contêm poucos blastômeros. A multiplicação dos blastômeros origina uma massa morulóide que, após um a dois dias, dá origem a um embrião rabditóide. A larva rabditóide migra no solo alimentando-se de bactérias e depois de três a quatro dias, se transforma em larva filarióide infectante, que penetra no organismo humano através da pele (em geral dos pés) e atinge a circulação. A larva filarióide é conduzida até os capilares pulmonares, penetra nos alvéolos e migra pela árvore brônquica até o esôfago, onde é deglutida e alcança o intestino delgado. Nesta localização, ela se desenvolve e, no prazo de cinco a seis semanas, torna-se adulta, iniciando a oviposição. A larva pode retardar sua migração e levar meses para chegar ao pulmão (GASPARINI; PORTELLA, 2005).

Para o *Necator americanus*, a penetração é ativa através da pele, conjuntiva e mucosa, sendo estes os únicos modos de infecção humana. O *Ancylostoma duodenale*, além da penetração ativa, pode também infectar o hospedeiro de modo passivo, por meio da ingestão oral de alimentos e água contaminados e, nestes casos, não ocorre o ciclo pulmonar (GASPARINI; PORTELLA, 2005).

A sintomatologia das helmintíases apresenta ampla variabilidade: da ausência de manifestação clínica - a grande maioria - a raríssimos casos graves e letais, entre eles as complicações cirúrgicas abdominais. Como a clínica é inespecífica, para o diagnóstico das helmintíases intestinais é preconizado basicamente o exame topoparasitológico: exame parasitológico de fezes (EPF), com análise de três amostras de fezes; eventualmente podem ser utilizados: tamização, anal *swab*, intradermoreação, biópsias e, raramente, o diagnóstico é

realizado durante procedimentos cirúrgicos com visualização ou palpação de parasitas ou de suas complicações e pelo exame histopatológico das peças cirúrgicas (TELLES; FONTES, 2008).

Pode-se também observar a migração serpiginosa da larva no tecido subcutâneo. O quadro dermatológico sem infecção secundária concomitante desaparece em torno de sete a dez dias, sendo estes os únicos modos de infecção humana. O *Ancylostoma duodenale*, além da penetração ativa, pode também infectar o hospedeiro de modo passivo, por meio da ingestão oral de alimentos e água contaminados e, nestes casos, não ocorre o ciclo pulmonar. As manifestações respiratórias variam desde formas leves até a síndrome de Löeffler, que se caracteriza por tosse seca, dispnéia, febre, broncoespasmo, infiltrado pulmonar transitório e intermitente. Há eosinofilia no escarro e no sangue periférico. Podem ocorrer manifestações digestivas como bulimia, perversão do apetite, dor epigástrica pós-prandial e diarreia. A hipoproteïnemia pode levar a anasarca e insuficiência cardíaca (GASPARINI; PORTELLA, 2005).

A principal consequência da infecção moderada e maciça é a deficiência de ferro. Esta deficiência resulta da perda ser maior que a absorção de ferro (FELDMAN *et al.*, 2002). O diagnóstico de ancilostomíase é feito ao se encontrar os ovos característicos nas fezes. As técnicas clássicas de concentração facilmente realizadas na maioria dos laboratórios de parasitologia permitem detectá-las. Os ovos de ancilóstomos são iguais sendo necessários as larvas ou o verme em si para identificar a espécie (GASPARINI; PORTELLA, 2005).

Com relação ao controle da doença deve desenvolver atividades de educação em saúde com relação a hábitos pessoais de higiene, particularmente o de lavar as mãos antes das refeições e o uso de calçados. Evitar a contaminação do solo mediante a instalação de sistemas sanitários para eliminação das fezes, especialmente nas zonas rurais (BRASIL, 2009b). As drogas de primeira escolha para o tratamento são o albendazol e mebendazol, sendo o pamoato de pirantel uma alternativa confiável (GASPARINI; PORTELLA, 2005).

#### 4.1.2.3 Tricuríase

A tricuriase é uma parasitose muito frequente em nosso meio, tendo maior prevalência em regiões quentes e úmidas. Ela é causada pelo *Trichuris trichiuria*, que se localiza no intestino grosso, e, em infecções graves, pode ser encontrado desde o íleo terminal até o reto. É comum sua coexistência com o *Ascaris lumbricoides*. Os vermes adultos medem 30 a 50mm de comprimento, possuem uma extremidade cefálica filiforme, em forma de chicote, com a extremidade posterior de maior diâmetro. A extremidade anterior do verme, que corresponde ao esôfago, tem um estilete que é usado para penetrar na mucosa do intestino grosso, fixando-o firmemente, enquanto a extremidade posterior fica livre no lúmen intestinal (BRASIL, 2009a).

A transmissão é feita por alimentos ou água contaminados com ovos embrionados e por mãos ou objetos sujos. Após a ingestão dos ovos embrionados, há liberação de larvas no intestino delgado humano, onde permanecem até alcançar a maturidade em cerca de trinta dias. No intestino grosso, já como vermes adultos, fixam-se na mucosa e as fêmeas iniciam a postura dos ovos. No período de 60 a 90 dias após a ingestão dos ovos infectantes eles são eliminados não embrionados com as fezes. São produzidos de 2.000 a 14.000 ovos por dia (BASSO *et al.*, 2008). Dependendo da temperatura do meio ambiente, os ovos podem tornar-se infectantes no solo após um período de duas a quatro semanas. Em temperatura adequada, são muito resistentes ao meio ambiente (BRASIL, 2009a).

O quadro clínico está diretamente relacionado com a carga parasitária, com a extensão da infecção e com o estado nutricional do hospedeiro. Então, podemos ter desde indivíduos assintomáticos até formas graves, que podem levar ao óbito na ausência de tratamento (BASSO *et al.*, 2008). O comprometimento geral se traduz por insônia, perda ponderal, irritabilidade, náuseas, anorexia e crises de urticária. As manifestações digestivas mais frequentes são leves e vagas; caracterizam-se por dor abdominal pouco intensa e diarreia intermitente alternada com quadro de constipação intestinal (BRASIL, 2006b).

A infecção severa é caracterizada por diarreia crônica, disenteria, enterorragia, anemia e prolapso retal. A infecção maciça por *Trichuris trichiuria* ocorre principalmente em crianças desnutridas, podendo complicar-se com perda sanguínea intestinal, capaz de gerar um quadro de

anemia por deficiência de ferro. Isto acontece pela capacidade de o verme provocar erosões petequiais, ulcerações e até necrose. A extensão e a profundidade dessas lesões é que determinarão o grau de perda sanguínea (GASPARINI; PORTELLA, 2005).

Nesses casos, também pode ocorrer prolapso retal, que surge como resultado do relaxamento esfíncteriano e da hipotonia muscular, secundários à diarreia, ao tenesmo e ao aumento da pressão descendente sobre a mucosa, estimulada pela fixação dos vermes à parede intestinal. Perfuração intestinal, peritonite, invaginação intestinal e volvo são complicações eventualmente observadas. Mais raramente, o verme adulto pode migrar para a luz do apêndice, obstruindo-o e levando a um quadro de apendicite aguda (GASPARINI; PORTELLA, 2005; MISZPUTEN *et al.*, 2007).

O diagnóstico de tricuriase costuma ser fácil de ser realizado, pois os ovos presentes nas fezes são característicos. Esses ovos são fáceis de identificar devido à grande quantidade eliminada (BRASIL, 2006b). Os endoscopistas muitas vezes são surpreendidos pela presença de vermes à sigmoidoscopia ou colonoscopia. A anemia associada é ferropriva e microcítica, e costuma estar associada a eosinofilia de baixo grau (FLOCH *et al.*, 2007).

As drogas de escolha para o tratamento são o albendazol e mebendazol, sendo que o pamoato de pirantel e pamoato de oxipirantel também podem ser usados (GASPARINI; PORTELLA, 2005; MISZPUTEN *et al.*, 2007). Como medidas de controle deve-se observar os hábitos usuais de higiene, como lavagem das mãos, lavagem cuidadosa de frutas e legumes, antes de consumi-los crus, proteção dos alimentos contra insetos e uso de instalações sanitárias adequadas (REY, 2001).

#### 4.1.2.4 Enterobíase

Enterobíase é uma parasitose cosmopolita, atingindo preferencialmente crianças, sobretudo quando em grupamentos. É comum o acometimento de vários membros da família, pois os ovos podem sobreviver vários dias no meio ambiente (BRASIL, 2006b).

O *Enterobius vermicularis* se localiza no intestino grosso. A transmissão ocorre através de diversos modos: auto-infecção externa ou direta: do ânus para a cavidade oral através dos dedos, principalmente em crianças, doentes mentais e adultos com precários hábitos de higiene; indireta: os ovos presentes na poeira ou alimentos atingem o mesmo hospedeiro que o eliminou; heteroinfecção: os ovos presentes na poeira ou alimentos atingem um novo hospedeiro; retroinfecção: a migração das larvas da região perianal para as regiões superiores do intestino grosso, chegando até o ceco onde se tornam adultas; autoinfecção interna: processo raro no qual as larvas eclodem ainda dentro do reto e depois migram até o ceco, transformando-se em vermes adultos (GASPARINI; PORTELLA, 2005).

Os vermes adultos são pequenos e fusiformes. O macho mede cerca de dois a cinco milímetros de comprimento e a fêmea varia de nove a onze milímetros. Cada fêmea deposita em média onze mil ovos. Os ovos podem ser absorvidos pelo homem com o contato manual, de lençóis e fronhas, ou diretamente da água e dos alimentos. A transmissibilidade dura enquanto as fêmeas grávidas expulsam ovos na pele perianal, que permanecem infectantes por uma ou duas semanas, fora do hospedeiro (FLOCH *et al.*, 2007; BRASIL, 2009a).

Os vermes localizados na região anal e perianal podem causar prurido, que é o sintoma predominante, principalmente à noite, levando o paciente a um quadro de insônia e nervosismo. As fêmeas podem entrar na vagina e, subsequentemente, no útero ou nas trompas uterinas onde morrem (BRASIL, 2009a). A desintegração do verme morto e a liberação dos ovos contidos no útero resultam em reação inflamatória, podendo haver a formação de granulomas em redor dos ovos neste local. A presença dos vermes nos órgãos genitais femininos pode levar à vaginite e, muito raramente, à endometrite, salpingite e ooforite (DUNCAN; SCHMIDT; GIULIANE, 2004).

O diagnóstico laboratorial reside no encontro do parasita e de seus ovos. Como dificilmente é conseguido nos exames parasitológicos de fezes de rotina, sendo achado casual quando o parasitismo é muito intenso, deve-se pesquisar diretamente na região perianal, o que deve ser feito pelos métodos de Hall (*swab* anal) ou de Graham (fita gomada), cuja colheita é feita na região anal, seguida de leitura em microscópio (BRASIL, 2009a).



Como medidas de controle deve-se orientar a população sobre hábitos de higiene pessoal, particularmente o de lavar as mãos antes das refeições, após o uso do sanitário, após o ato de se coçar e quando for manipular alimentos. Manter as unhas aparadas rente aos dedos, para evitar acúmulo de material contaminado. Evitar coçar a região anal desnuda e levar as mãos à boca. Eliminar as fontes de infecção através do tratamento do paciente e de todas as pessoas da família. Troca de roupas de cama, de roupa interna e toalhas de banho, diariamente, para evitar a aquisição de novas infecções pelos ovos depositados nos tecidos e manter limpas as instalações sanitárias (BRASIL, 2009a).

Os fármacos de escolha para o tratamento da enterobíase são o mebendazol, albendazol e pamoato de pirantel (FLOCH *et al.*, 2007).

#### 4.1.2.5 Giardíase

A giardíase, causada pelo protozoário *Giardia duodenalis* (sinonímia *Giardia intestinalis/Giardia lamblia*) e a criptosporidiose causada por *Cryptosporidium sp.*, são enteroparasitoses, muito comuns, manifestadas clinicamente com diarréias e gastroenterites em creches. Estes agentes são transmitidos pelo contato oral/fecal ou por ingestão de alimentos e água contaminados pelas formas infectantes (cistos e oocistos) (MASCARINI; DONALÍSIO, 2006).

Alguns autores demonstraram que 70% dos pacientes infectados pela *G. lamblia* apresentavam alergias, tais como rinite alérgica, asma, dermatite atópica, angioedema, urticária aguda e urticária crônica, em comparação com 43% do grupo sem essa protozoose. Portanto, dos trabalhos realizados até o presente, apesar de alguns com metodologia questionada, a maioria destaca a associação entre as infecções por *Giardia* e o aumento da prevalência de sintomas de alergias cutâneas (como, por exemplo, urticária) e alergias alimentares (SOUZA *et al.*, 2012).

Os diversos autores, de forma geral, atribuem o aumento desses parâmetros alérgicos às alterações nas células da mucosa intestinal do hospedeiro infectado, que podem favorecer a absorção de antígenos proteicos não adequadamente metabolizados com o consequente

desenvolvimento de doenças alérgicas. Além disso, alguns dos estudos encontraram pacientes que, quando infectados com *G. lamblia*, apresentavam títulos elevados de IgE total e específica, além de hiperreatividade cutânea para antígenos ambientais. Por outro lado, esse aumento dos títulos de IgE total nos pacientes com giardíase são controversos, já que alguns autores apenas verificam esse fato quando existe uma coinfeção com helmintos, e em outros trabalhos não foram observadas diferenças nos níveis de Imunoglobulina E (IgE) entre pacientes infectados e não infectados pela *G. lamblia* (SOUZA *et al.*, 2012).

A forma assintomática (portador assintomático) caracteriza-se por ser a mais encontrada em crianças e adultos e o indivíduo infectado pode continuar eliminando cistos nas fezes por um período de até seis meses (GASPARINI; PORTELLA, 2005).

A maioria dos pacientes tem queixas gastrointestinais inespecíficas. Sintomas relatados em ordem decrescente de frequência incluem diarreia, fadiga, dor abdominal, distensão, flatulência, perda de peso, febre e vômitos. O diagnóstico clínico é feito pela história de diarreia prolongada, sem muco, pus ou sangue, com perda ponderal, intolerância à lactose e pela história epidemiológica (GASPARINI; PORTELLA, 2005). O diagnóstico laboratorial é feito pela identificação de cistos ou trofozoítos no exame direto de fezes ou identificação de trofozoítos no fluido duodenal, obtido através de aspiração. A detecção de antígenos pode ser realizada pelo ELISA, com confirmação diagnóstica. Em raras ocasiões, poderá ser realizada biópsia duodenal, com identificação de trofozoítos (BRASIL, 2006b).

Como medidas de controle deve-se enfatizar a necessidade de medidas de higiene pessoal como lavar as mãos após a utilização do banheiro, filtração da água potável e instalações sanitárias adequadas (BRASIL, 2009b). O tratamento pode ser realizado com secnidazol, tinidazol, metronidazol, furazolidona, nimorazol, paromomicina, albendazol e nitazoxanida (GASPARINI; PORTELLA, 2005).

#### *4.1.3 Ações educativas no combate e na prevenção das parasitoses intestinais*

A educação em saúde visa esclarecer à comunidade que a saúde resulta de vários fatores como ambiente, educação, alimentação, condições de trabalho, habitação, saneamento básico, transporte, lazer. Steiglender (2007, p.16) afirma que: “a saúde não pode ser reduzida a um conjunto de intervenções médicas que vise prevenção, cura ou reabilitação. Ela é muito mais que isso, e, sendo uma resultante da qualidade de vida, deve-se lembrar dos determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais.”

Vale destacar que, para se implementar ações sobre os determinantes sociais da saúde, deve-se primeiro reduzir as injustiças em saúde como um princípio moral. Um segundo passo é melhorar as condições de saúde e o bem-estar dos indivíduos, promovendo o desenvolvimento e o alcance das metas no campo da saúde. Como terceiro passo deve-se promover as ações em uma série de prioridades sociais - que estão para além do campo da saúde e que dependem de melhores níveis de igualdade em saúde, como condições de trabalho, de educação, de lazer, de moradia, entre outras (UFMG, CEFPEPS, 2013).

Neste sentido, as ações educativas podem ser uma das formas de se trabalhar a promoção de hábitos de vida saudáveis e a prevenção de parasitoses intestinais, principalmente em crianças. Por sua vez, as ações educativas devem ser bem planejadas e realizadas juntamente com outros segmentos da sociedade e com o envolvimento de vários profissionais visando promoção da saúde dos indivíduos.

Ação educativa, portanto, é o processo que tem como objetivo capacitar indivíduos e/ou grupos para assumir ou contribuir na melhoria das condições de saúde da população. A saúde da comunidade depende essencialmente as ações oferecidas pelos serviços de saúde, do esforço da própria população, do conhecimento, da compreensão, da motivação, da reflexão crítica e da adoção de práticas de saúde. Isto só é possível com a participação conjunta da comunidade e do serviço de saúde (MADUREIRA, 2009).

Assim sendo, as práticas educativas devem ser conduzidas por meio de um processo participativo e problematizador, que estimule reflexões críticas, que valorize o indivíduo, que motive a solidariedade, e que enfatize o papel de cada um, como agente multiplicador e disseminador de conhecimento, de informações e de ações intervencionistas (MELLO *et al.*, 2009).

Ao utilizar uma concepção pedagógica emancipadora norteadora das ações educativas, cria-se a possibilidade para a participação ativa do educando na construção do conhecimento a partir de sua realidade, por meio do processo crítico-reflexivo de ensino-aprendizagem. Para tornar uma atividade educativa eficiente, deve-se partir da realidade do indivíduo, de suas condições de vida, bem como de suas experiências (UFMG, CEFPEPS, 2013).

Finalizando, a educação em saúde no controle das parasitoses intestinais tem se mostrado uma estratégia com baixo custo capaz de atingir resultados significativos e duradouros (ASOLU; OFOEZIE, 2003). Este tipo de intervenção é recomendado tanto em populações com endemicidade alta ou baixa (PHIRI, 2000). Asolu; Ofoezie (2003) afirma que as práticas educativas se mostram tão eficazes quanto o saneamento básico, sendo superiores ao tratamento em massa a longo prazo. Arantes *et al.* (2008) reforçam que as ações de saúde requerem a evocação de conhecimentos interdisciplinares e a mobilização de práticas intersetoriais que levem à ampliação dos modelos de intervenção para além do enfoque biomédico.

## **5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Tema: *“Trabalhando a prevenção de parasitoses intestinais e formação de hábitos saudáveis de vida por meio de ação educativa.”*

Objetivo: Diminuir a incidência de parasitoses intestinais na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde José Gordiano, cidade de Rio Espera, Minas Gerais.

### **5.1 Contexto de realização da proposta**

A proposta de intervenção será realizada na Unidade Básica de Saúde José Gordiano, município de Rio Espera, Minas Gerais.

### **5.2 População alvo**

Inicialmente, a população escolhida será mães de crianças menores de cinco anos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. A escolha por esta população se deu pelo fato da maior vulnerabilidade desta faixa etária ao risco de adoecer e morrer. Além disso, as políticas públicas de saúde, em sua maioria, estão voltadas para este grupo etário.

Pretendemos, no decorrer do tempo, estender a ação educativa a escolares e adolescentes, considerando que estes sujeitos são muito importantes na reprodução de hábitos de vida saudáveis, principalmente no contexto familiar.

### **5.3 Plano de ação**

A ação educativa será realizada por meio da estratégia Grupo Operativo. Define-se grupo como sendo uma unidade que se dá quando os indivíduos interagem entre si e compartilham

algumas normas e objetivos. Portanto, grupo ou sistema humano é todo aquele conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados (OSÓRIO, 2003). Segundo Madureira (2009), grupo é o espaço para a problematização do cotidiano, para o desencadeamento de novas relações e vínculos afetivos, para a expressão de opiniões e sentimentos. A partir do grupo, torna-se possível identificar as diferenças e semelhanças nas experiências individuais, possibilitando confronto de valores, de experiências, de sentimentos e de informações que geram reflexão e valorização dos indivíduos e os impulsionam para a ampliação do saber aprender, do saber fazer, do saber ser e do saber conviver.

Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista argentino, foi quem elaborou na década de 1940 a teoria do Grupo Operativo. Pichon-Rivière (2000) define Grupo Operativo como sendo um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas por mútua representação interna e que propõem, explícita ou implicitamente, a uma tarefa, interagindo para isso em uma rede de papéis com o estabelecimento de vínculos entre si.

Para Dias; Silveira e Witt (2009) o trabalho de grupos na Atenção Primária à Saúde é uma alternativa promissora de estruturação para as práticas assistenciais. Através dos grupos, o aprimoramento dos envolvidos é estabelecido, não só no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização e reconhecimento de todos os saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo saúde-doença. As autoras ainda complementam que cabe aos trabalhadores e aos usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses, se apoiado em uma teoria sobre a produção de saúde, tratarem de construir projetos e de levá-los à prática.

Sendo assim, inicialmente será realizada uma reunião com todos os componentes da Estratégia Saúde da Família, como forma de sensibilizá-los acerca da atividade a ser realizada. Esta reunião será coordenada pelo enfermeiro da ESF, e serão definidas as responsabilidades de cada profissional. Depois de acordado por todos os participantes o melhor dia e horário para as reuniões de grupo, caberá ao enfermeiro juntamente com os agentes comunitários de saúde (ACS) confeccionar os convites para serem entregues às mães das crianças. Os convites serão entregues pelos ACS com uma semana de antecedência da reunião de grupo, para dar tempo das mães se programarem.

Os grupos operativos serão formados por, no máximo, 20 mães. Cada mãe participará apenas de uma reunião. As reuniões acontecerão mensalmente na própria UBS, e terão a participação de todos os profissionais da ESF, além de convidados externos, por exemplo, lideranças locais, representante da Copasa, Gestor Municipal da Saúde, dentre outros.

### *5.3.1 Operacionalização do Grupo Operativo*

1º passo: Inicialmente as mães serão recepcionadas pelos ACS e acomodadas em seus devidos lugares. As mães receberão informação sobre a temática, seu objetivo e como será desenvolvida. Em seguida, realizar-se-á uma dinâmica de descontração e apresentação dos participantes, visando a interação das mães e também dos profissionais.

2º passo: Será feito um levantamento a respeito do conhecimento dos participantes acerca do assunto. Para isso será utilizada as seguintes perguntas: *Você sabe se prevenir contra as parasitoses intestinais? Cite algumas medidas de prevenção que você conhece para se prevenir?* Esta atividade será coordenada pelo enfermeiro.

3º passo: As respostas serão registradas pelo coordenador da atividade em papel *craft* e debatidas entre as mães. Serão apresentadas soluções para os problemas das parasitoses intestinais na região conforme a realidade dos sujeitos presentes. As mães serão instigadas a pensar nos recursos disponíveis na comunidade que poderiam de certa forma ajudar a diminuir a incidência das parasitoses em seus filhos.

4º passo: Finalmente os responsáveis pela atividade farão complementação do conteúdo construído pelo grupo. Informar-se-á ao grupo de mães que as parasitoses intestinais são uma questão de saúde pública bastante presente em países em desenvolvimento. Seja pela ausência ou precariedade de saneamento básico, seja por questões que envolvam os cuidados com higiene individual ou de instalações (reservatórios para água e meios de preparo/conservação dos alimentos), tudo aquilo que ingerimos pode estar contaminado por microorganismos e causar doenças. Sempre importante destacar que o número de casos da doença é sempre maior nas áreas de baixas condições sócio-econômicas e carência de saneamento básico, incluindo-se o

tratamento da água, do esgoto, do lixo e o controle de vetores, particularmente moscas, ratos e baratas.

Há também necessidade de expor às participantes, caso não seja abordado por elas, formas de contágio e transmissão das parasitoses intestinais, para que algumas atitudes sejam modificadas, tais como, a higienização das mãos após o uso do banheiro, lavar as mãos antes das refeições, lavagem dos alimentos e desinfecção dos mesmos, cuja ingestão pode ser na forma crua (verduras, hortaliças), usar calçados, enfim utilizar de medidas profiláticas, para que o número de pessoas infectadas diminua com o passar do tempo.

As reuniões com os grupos operativos terão duração de 1 (uma) hora. Além da estratégia apresentada, serão utilizados nas reuniões jogos educativos, jogo de tabuleiro, quebra-cabeça, colagem, batata-quente dentre outros. Serão utilizadas metodologias ativas, participativas que possibilitem discutir a realidade dos sujeitos envolvidos e propor ações para transformá-las.

Ao final da reunião de grupo os participantes farão avaliação das atividades de forma verbal ou escrita, e apresentarão sugestões para os próximos grupos. A coordenação das atividades será de responsabilidade dos elementos da ESF, sendo feito rodízio entre eles.

#### **5.4 Recursos materiais**

Para o desenvolvimento dos grupos será utilizado equipamento de áudio, vídeo, textos impressos, cartazes, folhas A4, canetas, pinceis, jogos etc.



### 5.5 Cronograma da Proposta de Intervenção

Atividade 2014	Período (mês)											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
- Reunião da ESF – sensibilização dos profissionais de saúde.				x								
- Entrega dos convites pelos ACS as mães que irão fazer parte dos grupos operativos.					x	x	x	x	x	x	x	
- Realização dos grupos operativos.						x	x	x	x	x	x	x

Vale ressaltar, que as reuniões dos grupos operativos continuarão nos próximos anos, como estratégias para desenvolvimento das ações de promoção e prevenção de saúde da UBS José Gordiano.

### 5.6 Avaliação e acompanhamento da proposta

A avaliação será realizada pelos responsáveis após as reuniões dos grupos operativos, como forma de minimizar os problemas, adequar estratégias metodológicas, e propor novas estratégias para direcionamentos para do trabalho. O acompanhamento da ação educativa será realizado por todos profissionais da ESF (enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde).

## **5.7 Orçamento**

Os custos dispendidos com esta proposta de intervenção serão de responsabilidade da própria Unidade de Saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de diminuir a incidência de parasitoses intestinais na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde José Gordiano, município de Rio Espera, Minas Gerais, instigou-nos para realização deste trabalho. Penso que encontraremos grandes desafios pela frente, mas ao mesmo tempo sabemos que podemos contar com a parceria dos profissionais da ESF, e demais segmentos da sociedade.

Trabalhar com ações de promoção da saúde quando ainda se tem o modelo de atenção centrado na medicalização da assistência, requer persistência, empenho e disponibilidade dos profissionais em mudar o que está posto.

Neste sentido, acreditamos que as reuniões dos grupos operativos nos possibilitarão perceber o vínculo entre a ESF e os usuários, neste caso as mães das crianças menores de cinco anos. Estas reuniões configuram-se um momento importante para conhecer a população, suas angústias, suas frustrações, suas expectativas; a própria situação de pobreza em que vive, e assim planejar as ações de saúde voltadas às suas necessidades.

## REFERÊNCIAS

ALVES, M. S; *et al.* Incidência de parasitoses em escolares da escola municipal de educação infantil “Sant Ana Itatiaia”, Juiz de Fora-MG e sua possível correlação com a qualidade da água para consumo. **RBAC**, v.30, n.4, p.185-7, 2008.

ARANTES, R. C.; *et al.* Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Revista de APS**, v. 11, n.2, p.189-198, 2008. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/262/99>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

ASOLU, S. O.; OFOEZIE, I. E. O papel da educação para a saúde e saneamento no controle de helmintos infecções. **Acta Tropical**, v.86, n.2, p.283-94, 2003.

BASSO, R. M. C. *et al.* Evolução da prevalência de parasitoses intestinais em escolares em Caxias do Sul. **Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical**, v. 41, n. 3, p. 62-66, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de saneamento**. Publicações Técnicas e Científicas. Brasília: MS/FNS, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Brasília: MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Verminoses**. Série Cadernos de Atenção Básica. Brasília: MS, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**, v.1, 2009b.

CARNEIRO, F. F. Ações preventivas contra ascaridíase em comunidades rurais de Caparão e Alto Caparão, Minas Gerais, Brasil. **XII Jornada de Biologia**, 13-17 set de 2002.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista APS**, v. 12, n.2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I; GIULIANE, E. R. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseado em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FELDMAN, M; *et al.* **Gastrointestinal e doenças do fígado**. São Paulo: Elsevier, 2002.

FLOCH, M. H; *et al.* **Gastroenterologia de Netter**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Manual de saneamento**. Ministério da Saúde, 2004.

GASPARINI, E. A; PORTELLA, R. B. **Manual de parasitoses intestinais**. Rio de Janeiro: Rubio, 2005.

GUILHERME, A. L. F.; *et al.* Atividades educativas para o controle de triatomíneos em área de vigilância epidemiológica do Estado do Paraná, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1543-50, 2002.

LUDWING, K. M. F. **Correlação entre condições de saneamento básico e parasitoses intestinais na população**. São Paulo: Medsi, 2007.

MADUREIRA, M. D. S. A ação educativa em saúde. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Escola de Enfermagem. Curso de Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). **Unidade 4**, 2009.

MARQUES, T. Prevalência de enteroparasitoses em Concórdia, Santa Catarina, Brasil. **Revista Parasitologia Latino-americana**, v.60, n.1-2, p.78-81, jun.2005.

MARANHÃO, D. G. O processo saúde/doença e os cuidados com a saúde na perspectiva dos educadores infantis. **Caderno Saúde Pública**, v.16, n.4, p.1143-1148, 2009.

MASCARINI, L. M.; DONALISIO, M. R. Giardíase e criptosporidiose em crianças institucionalizadas em creches no estado de São Paulo. **Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical**, v.39, n.6, p. 577-579, 2006.

MELLO, D. A; *et al.* Pesquisa participante na intervenção da transmissão de helmintos intestinais (Cidade satélite do Paranoá – DF). **Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical**, v.28, n.3, p.223-232, jul./set., 2009.

MISZPUTEN, S. J.; *et al.* **Gastroenterologia**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. UNIFESP. São Paulo: Manole, 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A saúde no Brasil**. Representação da OPAS/OMS no Brasil, Brasília, 2005.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PHIRI, K.; *et al.* Urbano / rurais diferenças na prevalência e fatores de risco para infecção por helmintos intestinais no sul do Malawi. **Anais de Medicina Tropical Parasitologia**, v.94, n.4, p.381-7, 2000.

PRADO, M. S.; *et al.* **Prevalência e intensidade da infecção por parasitas intestinais no Brasil**. Rio de Janeiro: Ediuoro, 2012.

REY, L. **Parasitologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan AS, 2001.

RIO ESPERA. **Plano Municipal de Saúde**. Rio Espera, MG, 2010.

SILVA, N. R; GUYATT, H. L; BUNDY, D. A. Carga parasitária em obstrução intestinal causada por *Ascaris lumbricoides*. **Revista Médica Saúde**, v.2, n.2, p.189-90, 1997.

SOUZA, V. M. O.; *et al.* *Giardia lamblia* e alergia respiratória: estudo em uma amostra de crianças de área urbana com frequência elevada da protozooses. **Jornal Pediatria**. Rio de Janeiro, v.88, n.3, p. 233-238, 2012.

STEIGLEDER, H. L. **As necessidades do cliente com hanseníase ao buscar a educação em saúde: uma abordagem compreensiva para atuação do enfermeiro**. 2007. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal do Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, J. C; HELLER, L. Fatores ambientais associados às helmintoses intestinais em áreas de assentamento subnormal. Juiz de Fora, MG. **Revista Engenharia Sanitária Ambiente**, v.9, n.4, p.301-5, 2004.

TELLES, H. M. S; FONTES, L. R. Escargot: mais um perigo à mesa. Nova ameaça a saúde pública e a agricultura. **Revista Vetores e Pragmas**, v.1, n.1, p.4-8, 2008.

TOSCANI, N. V. *et al.* Desenvolvimento e análise de jogo educativo para crianças visando à prevenção de doenças parasitológicas. **Interface (Botucatu)** [online], v.11, n.22, p.281-294, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Escola de Enfermagem. Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde - CEFPEPS. **Módulo I: educação em saúde**. Tema 3: Saúde como prática social. 2013. p.11.