



LORAINÉ LOPEZ MACIEL

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA ÁREA DE ABRAN-
GÊNCIA DA ESF RURAL JURUÁ DOROTHY STANG**

**PORTO ALEGRE-RS
2016**



LORAINÉ LOPEZ MACIEL

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA ÁREA DE ABRAN-
GÊNCIA DA ESF RURAL JURUÁ DOROTHY STANG**

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

Orientador: Eder de Mattos Berg.

PORTO ALEGRE - RS

2016

RESUMO

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA, no formato de portfólio. O TCC do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA é constituído pelas atividades do portfólio, sendo organizado em quatro capítulos e um anexo, a saber: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação, descrevendo peculiaridades importantes, para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários que tenham sido atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS	10
4. VISITA DOMICILIAR	19
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.	21
REFERÊNCIAS	22

1. INTRODUÇÃO

Sou Loraine Lopez Maciel, tenho 35 anos, natural de Sant'Ana do Livramento, Rio Grande do Sul, Brasil. Formada em medicina pela "Facultad de Medicina de la Universidad de República Oriental del Uruguay" no ano de 2009. Realizei a prova de revalidação dos estudos para o Brasil no ano de 2011 e registro no Conselho Regional de Medicina desde o ano de 2012. Trabalhei em emergência pré-hospitalar, pronto atendimento público e privado, porta de emergência de hospitais, auxiliar no CTI, consultório, postos de saúde da prefeitura e mutirões de atendimento nas localidades rurais.

Atualmente faço parte do programa Mais Médicos para o Brasil, na cidade de Sant'Ana do Livramento, Rio Grande do Sul, Brasil, fronteira com a cidade de Rivera no Uruguai. Estou atuando na Estratégia em Saúde da Família Rural (ESF Rural) Irmã Dorothy Stang. Localizada na Rua Antônio Fernandes da Cunha 403 na região central da cidade.

A equipe está composta por 1 médico clínico geral, 1 médico pediatra (uma vez na semana), 1 enfermeiro, 1 técnico em enfermagem, 1 vacinador, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, 1 recepcionista, 1 higienizador e 6 agentes comunitários de saúde.

A ESF Rural atende assentamentos e zonas rurais da cidade de Livramento que trabalham predominantemente com agricultura e pecuária. A área está subdividida em 10 micro áreas, contamos com 6 micro áreas cobertas por comunitários de saúde (ACS).

As distâncias físicas entre as localidades e assentamentos são grandes, também com nossa ESF. As estradas rurais do município estão em más condições. Para aceder ao ir e vir tanto nosso como da população em questão enfrentamos alguns problemas como: as distâncias físicas, os meios de locomoção, os dias de transporte coletivo de cada área, as estradas de terra e as variações climáticas.

Em dia de chuva é praticamente impossível transitar e ainda pioram nossas estradas. Entre as atividades da equipe cabe citar que é realizado uma vez na semana um Mutirão de saúde, onde a equipe se desloca para uma das localidades para realizar o atendimento e atividades educativas à população. Nessa ocasião é que também contamos com a participação da pediatra.

Nos demais dias o atendimento é realizado na própria ESF Rural com esquema de agendamentos marcados pessoalmente ou via telefônica, agendamento para cuidado programado e atendimento do dia de acordo com a demanda da população. Além da demanda de patologias crônicas como hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) vivenciamos uma grande demanda de dores osteo-articulares e musculotendinosas agudas e crônicas.

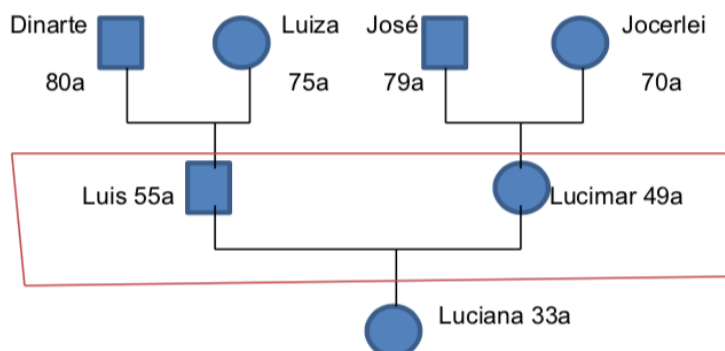
Como a população de abrangência da ESF Rural tem como atividade principal a agricultura e a pecuária, e tais atividades tem contato direto com a terra e contaminação com matérias de excreta de animais e existe a possibilidade de ferimentos nesse meio com a inoculação do bacilo do tétano é que escolhemos como tema do projeto de intervenção (anexo 1) a vacina anti-tetânica

O título do projeto de intervenção é: “Situação vacinal dos adultos, com ênfase na vacina antitetânica, da Estratégia em Saúde da Família Rural Irmã Dorothy Stang”. Sabemos que a higiene e o tratamento correto das lesões são muito importantes e de igual importância é ter a vacina em dia para proteção individual de uma eventual contaminação pelo bacilo, já que sem a imunidade gerada pela vacina o tétano geralmente é fatal.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Entre os casos clínicos apresentados e frente a grande demanda encontrada na ESF Rural por seu perfil de usuários foi escolhido o tema “Síndromes de amplificação dolorosa” apresentado no caso número 5, Sheyla. Apresentamos o caso da senhora Lucimar, 49 anos, sexo feminino, moradora do assentamento Sepé Tiarajú III. Trabalha realizando atividades de controle de moradias nos assentamentos e suas funções envolvem viagens constantes no meio rural e urbano, em ocasiões a outras cidades. Mora com o companheiro Luis, trabalhador rural, pais de mãe de Luciana. Luciana também tem obesidade e recentemente cursou uma trombose venosa profunda no membro inferior direito.

GENOGRAMA



Lucimar está em acompanhamento na ESF Rural a um ano. Apresenta dores difusas, obesidade, transtornos do sono e ansiedade diagnosticados no primeiro contato com a paciente. As consultas por dores em diferentes setores são reiteradas, junto com a demanda da paciente por exames diagnósticos e pedidos de encaminhamento a especialistas. Em seu momento recebeu as indicações de dieta, baixar de peso, realizar atividade física regular e procurar soluções de escape para sua rotina estressante, com também foi estudada com radiografia da coluna e dos joelhos e exames laboratoriais, onde não foram encontradas alterações.

A paciente consultou com outro médico que realizou o diagnóstico de fibromiálgia. Retorna à consulta contando que tentou reduzir as atividades diárias e viagens

e tentou realizar atividade física, mas que esta aumentava muito as dores que chegava a quase não suportar e ficar chorando de dor. Também referiu que acorda as duas horas da manhã muito angustiada e precisa tomar Coca-Cola e comer bolo.

Recebe indicação de Amitriptilina 25mg um comprimido à noite e paracetamol 500 ou 750 mg 4 vezes ao dia em caso de dor. Recebeu encaminhamento a nutricionista, fisioterapia, acompanhamento por psicólogo e agendada para o grupo “Saúde em Forma” realizado junto à Educadora física do NASF. Na ocasião a educadora física realizou a avaliação do caso e reforçou a necessidade de encaminhamento e acompanhamento por nutricionista e psicólogo.

A OBESIDADE, em si, é uma doença e também é um fator de risco para outras doenças como diabetes e hipertensão arterial. As doenças e agravos não transmissíveis estão em aumento e, no Brasil, são as principais causas de óbito em adultos, sendo a obesidade um dos principais fatores de risco. Para promoção da saúde e redução da mortalidade é preciso levar em consideração a prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade. É necessário estimular hábitos alimentares saudáveis como aumento dos produtos in natura ou minimamente processados, evitar produtos processados, limitar o consumo de gorduras, limitar o consumo de açúcares livres, limitar o consumo de sal, aumentar o consumo de frutas, verduras, legumes, cereais integrais e oleaginosas, procurar o balanço energético e o peso saudável.

A alimentação saudável deve ser estimulada em todas as fases da vida respeitando a cultura alimentar do indivíduo e do grupo a que se destina, deve ser adequada em quantidade e qualidade ofertando os nutrientes necessários para cada etapa da vida, deve ser variada e atrativa do ponto de vista sensorial e segura do ponto de vista sanitário e genético. Associada a uma alimentação saudável está a prática regular de ATIVIDADE FÍSICA. A prática regular de atividade física apresenta vários benefícios, como alívio do estresse, melhora da força muscular, fortalecimento dos ossos, aumento da autoestima e do bem-estar, estimula o convívio social e melhora o funcionamento do sistema imunológico.

Segundo a OMS a recomendação é a prática de atividade física e intensidade leve ou moderada diariamente ou na maior parte dos dias da semana, sendo 30 minutos diários o recomendado para a prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer e mínimo 60 minutos diários de atividade física para con-

trole de peso. Considerando que as atividades devem ser realizadas de forma contínua ou acumuladas ao longo do dia. (Cadernos de Atenção Básica nº 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006, Obesidade).

A FIBROMIALGIA “é uma síndrome dolorosa crônica, não inflamatória, caracterizada pela presença de dor musculoesquelética difusa por mais de três meses, em múltiplos pontos dolorosos ou tender points. Na maioria dos pacientes é associada à fadiga, depressão, distúrbios cognitivos e à intolerância ao exercício. É mais comum em mulheres e indivíduos com outras desordens reumáticas. Sua etiologia e fisiologia permanecem incertas. Hipóteses recentes baseiam-se em um processo sensorial atípico no sistema nervoso central, disfunção da nocicepção periférica e alteração do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal”. (Síndromes de amplificação dolorosa, Evelin Diana Goldenberg Meirelles Mariano da Costa).

O tratamento da fibromialgia é sintomático e baseia-se em tratamento medicamentoso e não medicamentoso. O objetivo do tratamento é melhorar a qualidade de vida do paciente acometido por fibromialgia, melhorando a qualidade e diminuindo os distúrbios do sono e aumentar a analgesia central e periférica. Entre os tratamentos não medicamentosos estão: esclarecimento da doença e educação do paciente, exercícios físicos, terapia cognitivo-comportamental e acupuntura.

Para aliviar os distúrbios do sono, a dor, a fadiga, distúrbios do humor e desordens associadas contamos com o tratamento medicamentoso:

- AINH (anti-inflamatórios não hormonais);
- Analgésicos;
- Agentes tricíclicos e outros antidepressivos;
- Inibidores da receptação de serotonina e/ou norepinefrina;
- Agonistas dos receptores 5-HT₃;
- Antagonistas do receptor NMDA;
- Ansiolíticos;
- Relaxantes musculares;
- Benzodiazepínicos;
- Antiepiléticos;
- Agonistas Dopaminérgicos.

Estudos apresentam resultados encorajadores para o tratamento da fibromialgia com duloxetine e milnacipran, inibidores da receptação de serotonina e de norepinefrina. Estudos também mostram que a amitriptilina (25 ou 50 mg ao deitar) foi associada a uma significativa melhora da dor, fadiga e sono dos pacientes comparada ao placebo ou naproxeno.

Para o tratamento da paciente Lucimar optamos pela amitriptilina 25 mg, 1(um) comprimido á noite que será ajustada a dose conforme tolerabilidade e progresso da paciente. Optamos por essa medicação pelos benefícios relatados em estudos e por estar disponível na farmácia básica do município.

A paciente apresenta dificuldade em aderir aos tratamentos propostos pela falta de tempo em seu ritmo de trabalho e impossibilidade de frequentar a consulta com psicólogo a causa das distâncias físicas entre a localidade de moradia da paciente e locais de consulta no município e também por não se adaptar aos tempos disponíveis da paciente. Motivos pelos quais apresenta escassa melhora em seu quadro clínico. Seguimos acompanhando a paciente e incentivando as mudanças positivas em seu hábito de vida.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças nas práticas de puericultura, pré-natal e saúde mental. O uso indiscriminado de benzodiazepinas é um importante tema em APS. Temos muitos pacientes em uso crônico de benzodiazepinas. A luta para diminuir tais casos é contínua e diária. Muitos são relutantes com o fato de deixar a medicação, outros estão conseguindo diminuir a dose e raros casos conseguiram deixar completamente a medicação. Existem os que realizam consultas com vários médicos para conseguir a medicação e ficam descontentes se não é fornecida, e em alguns casos gera certa agressividade em caso de negativa.

Seguimos trabalhando a questão em cada consulta realizada e fomentando o “desmame” sem gerar atrito. Os casos de saúde mental geralmente já comparecem com o diagnóstico, com as medicações instituídas e em acompanhamento com psiquiatra do CAPs. Casos novos com diagnóstico ou suspeita de doença mental “crônica” realizamos o encaminhamento para o CAPs, para avaliação e ajuste do tratamento pelo psiquiatra e avaliação com psicóloga. Cuidamos para não perder o vínculo

do paciente com a ESF. Casos passíveis de tratamento e controle pela atenção básica são seguidos pela equipe da ESF.

No que se refere a puericultura recém estamos começando a realizar na ESF Rural porque geralmente levam os recém-nascidos ao pediatra para os controles. Imaginamos seja por questões culturais locais. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é realizado de acordo com as indicações do Ministério da Saúde. De acordo com as consultas orientamos mínimo sete consultas no primeiro ano de vida, sendo a primeira consulta até quinze dias de nascido e as seguintes referentes ao mês de vida: 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses e aos 12 meses. No segundo ano de vida preconizamos que realizem mínimo 2 consultas e, a partir dos 3 anos aos 6 anos de idade uma consulta ao ano.

Tabela 1 – Consultas por idade

Número de consultas	IDADE												
	dias	meses							anos				
	até 15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5	6
1º ano – sete													
2º ano – duas													
3º ano – uma													
4º ano – uma													
5º ano – uma													
6º ano – uma													

São avaliados temas sobre o apego mãe-filho, amamentação, pega correta, higiene, alimentação, medidas antropométricas, desenvolvimento psicomotor, exame físico, manobras semiológicas e calendário de vacinações de acordo com cada período. Anotamos todos os dados no caderno da criança, principalmente nas gráficas e mostramos para a mãe, familiar ou representante legal como realizar o seguimento e o que esperar como “normal”. Considerando que o desenvolvimento do ser humano é um processo dinâmico e contínuo.

O Pré-Natal é melhor implantado na ESF. Existe um registro das gestantes que é atualizado mensalmente com o nome, idade, DUM, data da última consulta, semana

de gestação, localidade, telefone para contato e observações. Esses dados foram tomados para poder realizar uma rápida avaliação, concentrar a informação e objetivar o cuidado das gestantes da ESF Rural. Contamos com teste rápido de urina para confirmar ou descartar as suspeitas de gestação, tendo o teste positivo já começamos com o preconizado. Anamnese, exame físico, educação, elucidação de possíveis dúvidas e medos, solicitação de ultrassonografia obstétrica, medicações pertinentes, como sendo ferro e ácido fólico e em casos necessários sintomáticos.

Também são realizados os testes rápidos de HIV, VDRL, Hepatite B e C e imunizações. Como nossa população é rural e têm certas dificuldades de locomoção, mudanças climáticas podem dificultar o acesso à ESF e os dias de ônibus são diferentes para cada localidade não agendamos data fixa para as consultas, mas solicitamos que concorram ao controle do pré-natal mínimo uma vez o mês até as 28 semanas, a cada 15 dias entre 28 e 36 semanas e consultas semanais a termo.

Uma vez ao mês é realizado o grupo de gestantes onde todas são chamadas a participar e também é aberto à participação de acompanhantes ou familiares das mesmas. De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde) preconizamos uma mínimo de 6 ou mais consultas pré-natais. E aproveitamos essas instâncias para conversar sobre o planejamento familiar. Todas as gestantes em alguma situação de risco são referenciadas ao setor de alto risco com os obstetras e são acompanhadas em conjunto para não perder o vínculo.

Em reflexões sobre as atividades realizadas com as gestantes além das orientações realizadas no consultório com o médico de família são realizadas atividades educativas para educação em saúde e fortalecer o vínculo das gestantes com a ESF. Segundo o material Atenção à Saúde da Gestante em APS, Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, de Maria Lucia Medeiros Lenz Rui Flores e colaboradores, Porto Alegre, 2011: “A atenção pré-natal em seus serviços de atenção primária deve incluir na sua rotina a formação de grupos de gestantes. Estes favorecem a troca de experiências e de conhecimento entre os profissionais e a gestantes e entre elas próprias. Proporcionam um espaço educativo onde, além de ampliar o conhecimento da gestante sobre si mesma e do seu filho, oportunizam o aprofundamento de seus anseios, temores, dúvidas e certezas, nesta época do ciclo vital. (BRASIL, 2005; NOVICK, 2009; RIOS VIEIRA, 2007) “.

Realizamos varia atividades educativas, algumas delas estão à continuação.

Atividade realizada em conjunto com a nutricionista e a farmacêutica do NASF sobre orientações de alimentação, chás e medicações na gestação, puerpério e para o recém-nascido.

Figura 1 – Atividade



Atividade física com a educadora física do NASF para manter atividade física na gestação de acordo com os limites de cada gestante. Enfatizando exercícios de respiração, alongamento, massagens, atividades com materiais que possuem em suas casas com o intuito de estimular que realizem as atividades em seus domicílios também.

“... a realização de atividade física pode proporcionar benefícios, por meio do ajuste corporal à nova situação. Orientações sobre exercícios físicos básicos devem ser fornecidas na assistência pré-natal e puerperal. Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto. “ (Caderno de Atenção Básica-32, Pré-Natal de Baixo Risco, 2012)

Figura 2 e 3 – Atividade em grupo



Figura 4 – Atividade em grupo



Atividade com a integrante do PIM (primeira infância melhor) denominada: “Fala sério” e “Com certeza” sobre dúvidas e mitos sobre gestação, cuidados sobre higiene e alimentação na gestação e com o recém nascido e amamentação.

Figura 5 – Atividade



Figura 6 e 7 – Atividade de grupo



Figura 8 – DEPOIMENTO DE UMA DAS GESTANTES QUE PARTICIPOU DESTE GRUPO:



Silvana Jeferson Gonçalves Adorei ter participado do encontro das gestantes foi mt bom gostei nunca tinha participado mais hoje foi mt interessante pra mim aprendi algumas coisas... E mt obrigado pelos presentes e das coisas q comimos tava uma delícia bjs.

Descurtir · Responder ·  8 · 11 de março às 00:06

Geralmente realizamos uma confraternização ao finalizar a atividade e antes de começar as consultas. Nesse dia confraternizamos com um bolo que teve sua receita modificada para as gestantes com o agregado de leite em pó fortificado com ferro e ácido fólico.

BOLO DE LEITE EM PÓ

INGREDIENTES

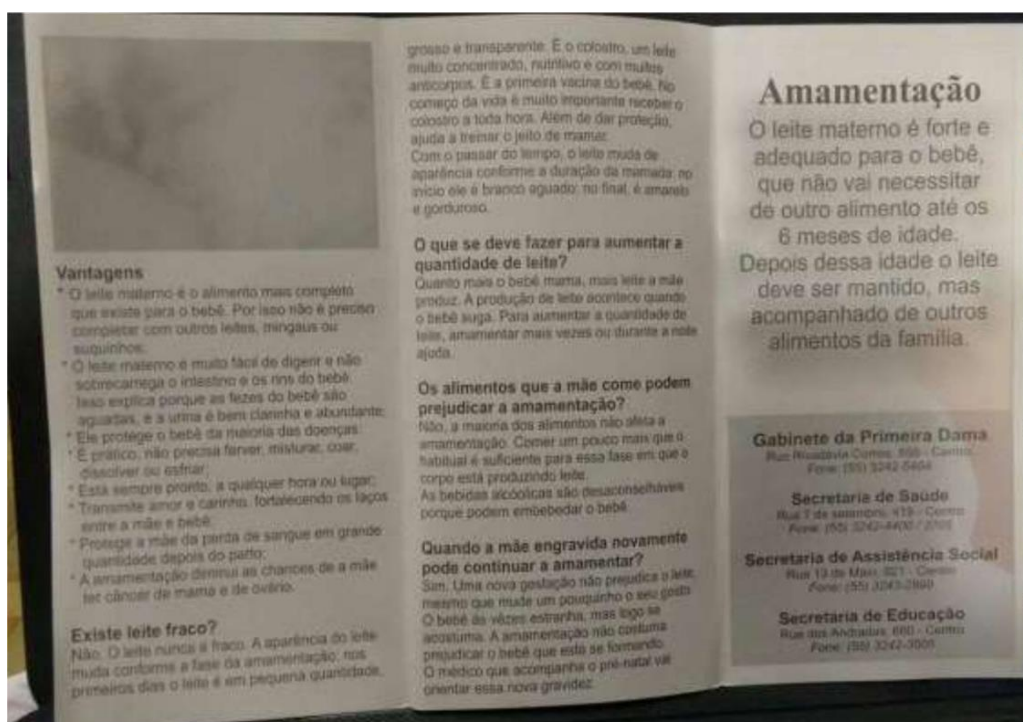
- 2 xícaras de farinha;
- 1 xícara e açúcar;
- $\frac{3}{4}$ xícara de leite em pó fortificado;
- 1 colher (sopa) de fermento químico em pó;
- 2 ovos;
- $\frac{1}{2}$ xícara de azeite;
- 1 xícara de água quente;

PREPARO

Misturar os 4 primeiros ingredientes e depois o restante. Não bater. Colocar em uma forma untada. Levar ao forno pré-aquecido a 180 graus por 30 minutos. Outra das atividades realizadas foi sobre amamentação com vídeos.

Um dos vídeos pode ser visualizado na seguinte página <https://www.youtube.com/watch?v=O0xgk6HFZ80>, e folders disponibilizados pela secretaria de saúde.

Figura 8 e 9 – Folder



Também passamos um vídeo sobre crescimento do feto dentro da mulher em cada idade gestacional, desde a concepção ao parto da Baby Center que pode ser encontrado na seguinte página: <https://www.youtube.com/watch?v=H8zoezaFyqc>.

Tentamos realizar uma visão geral da saúde da gestante, familiares e parceiros também são convidados a participar dos grupos. O feedback com os participantes é muito proveitoso. Ajuda muito a orientar nosso trabalho na procura de melhorar sempre.

4. VISITA DOMICILIAR

Considerando a população e o território em que trabalho onde as distâncias físicas são consideráveis a equipe tem uma organização um pouco inusual dos atendimentos, incluindo as visitas domiciliares. Em reunião com os agentes comunitários de saúde foi pautado em comum acordo que é preciso agendar a visita domiciliar com no mínimo uma semana de antecipação, pois precisamos solicitar ao setor de transportes da secretaria de saúde que nos forneça motorista e meio de locomoção via “memorado”, correndo o risco de não poder ir pela falta destes.

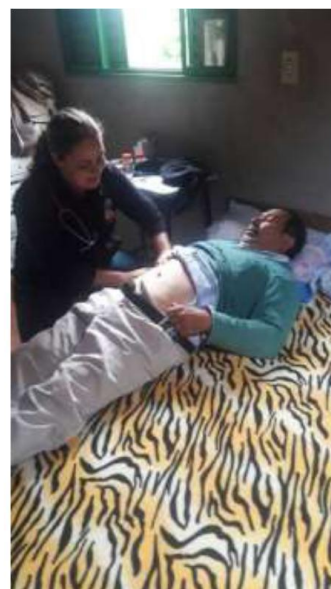
Pedimos que ponderem muito o agendamento de visita domiciliar aos realmente necessitados, acamados e que não possam ir até a Unidade de Saúde levando em consideração que nesse turno não haverá consulta na unidade e tentamos não deixar de atender o fluxo da grande massa em detrimento de poucos. Outra forma de realizar as visitas domiciliares é no mesmo dia do Mutirão e na mesma localidade em que este é realizado. Procedendo desta forma conseguimos “unir o útil ao agradável”, pois levamos junto medicações, vacinas, materiais para curativos.

Após a visita domiciliar o contato continua com as visitas do agente comunitário de saúde e via telefônica tanto com os cuidadores/familiares como com o ACS. Na realização da visita domiciliar usamos as regras básicas de educação. Solicitamos a autorização dos moradores para adentrar ao domicílio e usar os âmbitos necessários para realizar o exame e a atenção do paciente. Temos uma paciente que mora relativamente perto da cidade e a estrada até seu domicílio é de asfalto, com poli artrite reumatoide crônica e todas suas alterações articulares, e úlceras venosas crônicas em ambos os membros inferiores.

Solicitamos semanalmente, via memorando encaminhado ao setor transportes da secretaria de saúde, motorista e meio de locomoção. Ao finalizar o atendimento na unidade e quando contamos com o motorista e carro vamos ao domicílio da paciente uma técnica de enfermagem ou a enfermeira e eu para controlar a paciente e realizar

o curativo das úlceras. A seguir imagens de uma visita domiciliar realizada em “dia de mutirão”.

Figura 10,11,12 e 13 – Visita Domiciliar



Obs: As imagens foram autorizadas pelos familiares e pacientes, tanto sua realização como publicação.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.

O curso de Saúde da Família foi muito proveitoso, superou minhas expectativas. Ao iniciar tive receio de não conseguir levar adiante os estudos a causa de medos com o formato do curso e com a falta de tempo que as responsabilidades diárias acarretam, incluindo não só o tempo de estudo, mas o tempo que tenho que repartir com trabalho, família, lar e filha. Existiram alguns textos que não consegui ler e outros que li em partes, mas sempre tentei me manter em dia com o cronograma do curso.

O formato do curso é muito agradável, consegui compartilhar as atividades recomendadas com a equipe da ESF Rural, mudar alguns aspectos referentes à atenção e ficar contente por estar fazendo bem tanto outros. A equipe em que estou inserida é maravilhosa estão sempre abertos a novas experiências e se ajudando uns aos outros. Tiveram muita paciência para me escutar e ajudar nas tarefas principalmente do eixo 1. As atividades em grupo seguem em negociação. Ainda não consegui concretizar um grupo de hipertensos e diabéticos, nem de tabagismo, mas sou muito feliz por ter um grupo de gestantes e o grupo saúde em forma.

As particularidades da ESF Rural estimulam a procurar maneiras alternativas para cumprir com os requisitos da atenção à Saúde da Família e a vencer os obstáculos, sejam eles distâncias físicas ou fatores climáticos. O curso com seus casos clínicos e vídeo-aulas ajudam não somente a atualizar conteúdos, aprimorar aprendizados e melhorar a atenção à saúde, também ajuda a reconhecer que, independente do local em que atuamos, temos dificuldades similares em vários dos âmbitos da atenção, que não é só aqui que existe o paciente difícil que não quer se cuidar, tomar a medicação ou participar dos grupos.

Todos têm essa luta diária de plantar a sementinha do autocuidado em nossos pacientes e em todas as faixas etárias. Assim como reconhecer que não é apenas a cidade em que atuo que tem problemas com o encaminhamento ao atendimento com os especialistas e a realização de exames, principalmente de imagem. Espero um dia diminuir a fila de encaminhamento a especialista para pedido de exame com fins diagnósticos e sim encaminhar pacientes já com o diagnóstico, diminuindo os tempos de espera e otimizando a assistência.

Aproveito para agradecer aos organizadores do curso pela “clareza de ideia” para idealizar o formato do curso, aos integrantes do suporte por atender todas minhas

inquietações, aos tutores que foram incansáveis e sempre dispostos a responder minhas dúvidas, também por suas orientações e chamados de atenção e aos demais integrantes da equipe que tornaram possível a realização desse curso.

REFERÊNCIAS

1. Vídeo sobre gestação, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=H8zoezaFyqc>. (10/06/16);
2. Vídeo sobre amamentação <https://www.youtube.com/watch?v=O0xgk6HFZ80> (10/06/16);
3. Caderno de Atenção Básica-32, Pré-Natal de Baixo Risco, 2012;
4. Atenção à Saúde da Gestante em APS, Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, de Maria Lucia Medeiros Lenz Rui Flores e colaboradores, Porto Alegre, 2011;
5. Síndromes de amplificação dolorosa, Evelin Diana Goldenberg Meirelles Mariano da Costa;
6. Cadernos de Atenção Básica nº 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006, Obesidade

ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO



**SITUAÇÃO VACINAL DOS ADULTOS, COM ÊNFASE NA VACINA ANTITETÂNICA, DA ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL
IRMÃ DOROTHY STANG**

LORAINÉ LOPEZ MACIEL

PORTO ALEGRE-RS

2016

RESUMO

Este projeto de intervenção tem como proposta avaliar a situação vacinal da população adulta da zona rural da área de abrangência da ESF Rural Irmã Dorothy Stang, com ênfase na vacina antitetânica. Será empregado para tal fim um questionário específico (anexo 1) com o qual esperamos coletar informações sobre a situação vacinal dos adultos, conhecer o porquê da não realização da vacina, atualizar o plano de vacinação em casos necessários e realizar educação e conscientização sobre o tema.

1. INTRODUÇÃO

O tema escolhido é “Situação vacinal dos adultos, com ênfase na vacina anti-tetânica, da Estratégia em Saúde da Família Rural Irmã Dorothy Stang”. A população da ESF Rural está localizada na zona rural e assentamentos no Município de Sant’Ana do Livramento, Rio Grande do Sul. Tem como atividades principais a pecuária e agricultura e tais atividades tem contato direto com a terra e contaminação com matérias de excreta de animais. O tétano é um micro-organismo que vive na terra, na poeira da rua e nas fezes de pessoas e animais.

A toxina do bacilo do tétano causa uma afecção neuromuscular muito grave caracterizada por espasmos musculares intensos que levam a morte do paciente. O tétano não se transmite de pessoa para pessoa, mas ao se ferir pode contrair a doença do meio ambiente contaminado. Os ferimentos podem ser diversos, como furos, cortes, raladuras, arranhões e queimaduras, com os mais variados objetos, como exemplo cacos de vidro, pregos, latas velhas, arame, agulhas, tesouras, espinhos de plantas entre outros. As lesões não tratadas corretamente têm maior risco de contrair o tétano. (Capacitação de pessoal em sala de vacinação - manual do treinando, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2001).

A população da ESF Rural está exposta ao risco de contrair tétano ao trabalhar diretamente com a terra contaminada por fezes principalmente de animais e possibilidade de ferimentos acidentais. No adulto deve ser realizado o reforço da Vacina Anti-tetânica a cada dez anos. (Calendário de Vacinação do Adulto - Ministério da Saúde).

É importante conhecer a cobertura vacinal da população em questão, saber se conhecem o programa de vacinação do adulto, se estão em dia ou atrasado, se não realizaram a vacinação e saber o porquê não realizaram, se é por falta de informação, por não querer ou por alguma crença regional.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a situação vacinal da população adulta da ESF Rural Irmã Dorothy Stang.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Coletar informações sobre a situação vacinal dos adultos da população adstrita;
- Conhecer o porquê da não realização da vacina antitetânica;
- Atualizar o plano de vacinação em casos necessários;
- Realizar conscientização sobre os riscos da doença e os benefícios da vacina.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Em uma breve resenha história, o primeiro registro de um caso de tétano com suas características clínicas foi descrito no século V a.C. na Grécia, por Hipócrates.

O tétano permaneceu sem diagnóstico específico até o século XIX, onde em 1884, através de experimentos em coelhos que foram inoculados com as substâncias retiradas das pústulas de um homem que morreu de tétano, a etiologia da doença foi descoberta pelos cientistas italianos Giorgio Rattone e Antonio Carle. Um ano depois o médico alemão Arthur Nicolaier reproduziu e confirmou as pesquisas de Rattone e Carle e encontrou a bactéria com uma estrutura de um bacilo alongada também no solo. O *Clostridium tetani* foi isolado em cultivo puro por Tizzoni e Catani em 1889.

No mesmo ano Knud Helgge Faber, médico dinamarquês, descobriu a toxina tetânica (Portal São Francisco). Em Berlim no ano de 1892, Emil Adolf Von Bering, médico microbiologista alemão, e Kitasato Sibasaburo, médico bacteriologista japonês, encontraram um método de imunização eficaz com base na toxina envelhecida. A primeira imunização passiva do tétano ocorreu durante a primeira Guerra Mundial (1914-1918). Em 1897, Paul Ehrlich desenvolveu métodos para a padronização das toxinas. Em 1904 E. Loewenstein e Alexandre Glenny provaram que as toxinas poderiam se inativadas por substâncias químicas, no caso formol, mantendo seu potencial imunizante, mas sem causar infecção. Essa descoberta levou ao desenvolvimento dos primeiros toxóides: diftérico e tetânico.

Em 1925 o método de Behring e Kitasato foi aperfeiçoado por P. Descombey e Gaston Ramon, veterinário e biólogo francês que desenvolveram um método para inativar a toxina tetânica usando formaldeído, este foi um passo decisivo para a utilização de uma vacina utilizando o toxóide tetânico. O tétano sempre despertou o interesse dos cientistas, é uma doença conhecida desde a antiguidade e a necessidade de divulgação de novos conhecimentos e de debate sobre seus vários aspectos fizeram com que os pesquisadores se reunissem em conferências internacionais sobre o tétano, realizada a cada 4 anos, sendo a terceira ocorreu em São Paulo em 1970.

Atualmente sabe-se que o tétano é um distúrbio neurológico agudo e grave causado pela neurotoxina tetanospasmina, uma potente exotoxina proteica elaborada pelo *Clostridium tetani*. O *Clostridium tetani* é um bacilo Gram-positivo, apresenta uma

forma vegetativa e outra esporulada, é anaeróbio estrito, não fermentador de açúcar, produtor de esporos termo resistentes. (Harrison, 15ª Edição).

O tétano manifesta-se por aumento da tensão muscular. As crises de contratura geralmente são desencadeadas por estímulos luminosos, sonoros ou a manipulação da pessoa. Em caso de contratura muscular generalizada e rigidez muscular progressiva são atingidos os músculos reto-abdominais e os do diafragma, que pode levar à insuficiência respiratória e até à morte do paciente. Pode atingir neonatos, crianças, gestantes, adultos e idosos. O microrganismo é encontrado mundialmente no solo, no ambiente inanimado, em fezes de animais e às vezes nas fezes de seres humanos. Os esporos podem sobreviver por vários anos em alguns ambientes e são resistentes a vários desinfetantes e à fervura por 20 minutos. (Harrison, Portal São Francisco).

O tétano ocorre esporadicamente e quase sempre acomete indivíduos não imunizados, parcialmente imunizados ou indivíduos completamente imunizados que perdem a imunidade ao não realizar as doses de reforço da vacina. A doença é comum nas áreas onde o solo é cultivado, nas áreas rurais, nos climas quentes e durante os meses de verão. A transmissão ocorre pela introdução dos esporos da bactéria em ferimentos externos contaminados com terra, poeira, fezes de animais ou humanas.

Após o advento da vacina antitetânica o tétano prevaleceu nas populações de baixa renda, que não podiam aceder à vacinação paga, e nos países não desenvolvidos ou em desenvolvimento. Atualmente o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece as vacinas do calendário de vacinação gratuitamente nos postos da rede pública, inclusive a antitetânica. No Portal Brasil, em publicação de 19/10/2012, existe o informe de um estudo elaborado pelo Ministério da Saúde no período de 2001 a 2011 (dez anos), onde mostram que o número de casos de tétano no Brasil teve, naquele intervalo de tempo, uma queda de 44%.

De acordo com o estudo, atribuíram a queda no número de casos de tétano no Brasil à vacinação de rotina e ao reforço na imunização dos grupos de risco, sendo estes os agricultores, trabalhadores da construção civil e aposentados (Portal Brasil).

O calendário de vacinação conta com a pentavalente (contra difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenza tipo b, hepatite B), com a DPT (para crianças de um e quatro anos de idade) e com a DT do adulto.(Ministério da Saúde). No esquema nacional de vacinação do adulto e do idoso consta que todas as pessoas acima de 20 anos que não tiverem comprovação de terem recebido a vacinação contra o tétano e

a difteria, devem receber o esquema completo com 3 doses da dT. A imunização básica consiste na aplicação de 3 doses com intervalo de dois meses entre a primeira e a segunda, a terceira com intervalo de seis a doze meses após a segunda.

O intervalo mínimo entre as vacinas deve ser de 30 dias e podem ser realizadas as 3 doses a intervalo de 60 dias entre cada. Para os que estiverem com o esquema incompleto, completar até a terceira dose, mas não reiniciar o esquema. Os adultos com 3 doses ou mais de DPT ou dT devem receber apenas uma dose de reforço. Em ferimentos de alto risco para tétano e em gestantes antecipar o reforço com a dT para 5 anos após a última dose. (Ministério da Saúde). O toxoide tetânico (TT) só deve ser realizado na falta da vacina dupla do adulto (dT). As Vacinas antitetânicas mais comumente utilizadas são:

EM CRIANÇAS:

- DPT e DPaT (proteção contra difteria, coqueluche e tétano);
- DT (proteção contra difteria e tétano).

EM ADULTOS:

- DT (Proteção contra difteria e tétano);
- ATT (proteção contra o tétano). (Portl São Francisco).

4. METODOLOGIA

Realizaremos um estudo clínico observacional, em vistas a sondar a situação vacinal da população adulta da ESF Rural e as informações que esta possui sobre o esquema vacinal do adulto. Interessa saber se a população tem conhecimento do esquema vacinal dos adultos, se realizam a vacinação programada e em caso de não realizar qual é o motivo.

4.1 PACTUAÇÃO DAS AÇÕES

A equipe de saúde da família rural realiza reuniões semanais com a equipe do posto e quinzenal com a participação dos agentes comunitários. A explicação para a reunião com os agentes comunitários ser quinzenal é, justamente, as distâncias físicas do território. Foi estabelecido assim a pedido dos próprios agentes comunitários. Na reunião semanal da equipe da ESF se planteará o estudo para os integrantes da equipe, que ficará sujeito a ajustes de acordo com a discussão em grupo. Na reunião quinzenal será apresentado o estudo para os agentes comunitários de saúde.

4.2 ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Na reunião quinzenal será marcada uma reunião. A reunião marcada será para realizar uma atividade educativa sobre o tétano para a equipe como forma de situar a equipe sobre o tema e a importância deste na população em questão e também como forma de motivação. A reunião está prevista para o mês de Dezembro de 2015. Para coletar informação será utilizado um questionário com perguntas objetivas que será empregado na sala de espera da ESF pelo período de um mês.

4.3 EXECUÇÃO DAS AÇÕES

A atividade, questionário, será executada pelos integrantes da equipe de saúde. Será realizado no decorrer do mês de Janeiro de 2016. O questionário será empregado a todos os adultos que concorrerem à ESF Rural no mês em questão tanto no turno da manhã como no da tarde. Prévio à implementação do questionário será realizada a explicação do que está sendo realizado e ao finalizar o questionário será realizada uma pequena educação sobre a importância da vacinação antitetânica.

4.4 MONITRAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento será contínuo da coleta de dados. A avaliação das respostas ao questionário será realizada junto aos integrantes da equipe na reunião quinzenal seguinte ao término da pesquisa.

5. CRONOGRAMA

O cronograma abrange um período de três meses esquematizado a continuação:

	DEZEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO	FEVEREIRO
	Reunião semanal	Reunião quinzenal		Reunião quinzenal
Apresentação do trabalho à equipe para ajustes.	X			
Apresentação do trabalho à totalidade da equipe.		X		
Atividade educativa, à equipe, sobre o tétano.		X		
Realização do questionário			X	
Avaliação dos resultados				X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

Serão utilizados recursos humanos e materiais.

6.1 RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos são integrantes da equipe e a população alvo. Fazem parte da equipe médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, vacinador, dentista, auxiliar de dentista, 2 secretárias e 6 agentes comunitários de saúde.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

Os recursos materiais são computador, impressora, tinta para impressão, folhas brancas, canetas, pranchetas, 2 carpeta para armazenar os questionários e o ambiente físico da ESF.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos como resultado saber sobre a cobertura vacinal da mostra da população em questão se tem ou não a vacina antitetânica vigente. Também saber se conhecem o esquema vacinal do adulto, se realizam as vacinas, e se não realizam saber o porquê. De grande importância em nossa população rural é saber se estão em dia principalmente com a vacina antitetânica. Teremos uma aproximação sobre causas da não realização da vacinação e os motivos que levam a não realizar a vacinação.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Capacitação de pessoal em sala de vacinação – manual do treinado./ Organizado pela coordenação do Programa Nacional de Imunizações. 2ª ed. Ver. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2001.
- Kasper,DL. Et al. Harrison Medicina Interna, 15ª. Edição. Rio de Janeiro:McGrw-Hill, 2002.
- Portal Brasil. [Web Notícia]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/10/casos-de-tetano-no-brasil-tem-queda-de-44>
- Calendário Nacional de Vacinação, Portal Saúde. Disponível em: <http://portal-saude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>.
- Recentes Avanços e Necessidades de Pesquisa em Tétano. Walter Tavares. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Vol. XII - Num 1 a 6. Janeiro-Dezembro, 1978.
- Portal São Francisco, (agosto, setembro, outubro 2015) [Web Notícia] <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/tetano/>.
- Calendário de vacinação – ministério da saúde. Agosto 2015

9. ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO

1. O Sr/a tem as vacinas em dia? ___ Sim ___ Não ___ Não sabe
2. O Sr/a conhece a vacina antitetânica? ___ Sim ___ Não
3. O Sr/a sabe para que serve a vacina antitetânica? ___ Sim ___ Não
4. O Sr/a realizou a vacina antitetânica a mais de dez anos?
 ___ Sim ___ Não
5. O Sr/a sabe que existe um esquema de vacinação para adultos?
 ___ Sim ___ Não

6. O Sr/a sabe que precisa realizar o reforço da vacina antitetânica a cada dez anos?
 ___ Sim ___ Não
7. Se tem as vacinas em dias, por quê?
 - a. A empresa que trabalha exige. ___
 - b. Sabe que tem que manter as vacinas em dia ___
 - c. Consultou e mandaram fazer ___
 - d. Outros: _____

8. Se não conhece o esquema de vacinação e/ou o reforço da antitetânica, por quê?
 - a) Nunca ouviu falar ___
 - b) O médico não disse que tinha que se vacinar ___
 - c) Não escutou/viu nenhuma campanha de que tinha que fazer as vacinas ___
 - d) Outros: _____

9.1 ANEXO 2 - CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADULTO. MINISTÉRIO DA SAÚDE.

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
A partir de 20 anos	dT (Dupla tipo adulto) (1)	1ª dose	Contra Difteria e Tétano
	Febre amarela (2)	dose inicial	Contra Febre Amarela
	SCR (Tríplice viral) (3)	dose única	Contra Sarampo, Caxumba e Rubéola
2 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla tipo adulto)	2ª dose	Contra Difteria e Tétano
4 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla tipo adulto)	3ª dose	Contra Difteria e Tétano
a cada 10 anos, por toda a vida	dT (Dupla tipo adulto) (4)	reforço	Contra Difteria e Tétano
	Febre amarela	reforço	Contra Febre Amarela
60 anos ou mais	Influenza (5)	dose anual	Contra Influenza ou Gripe
	Pneumococo (6)	dose única	Contra Pneumonia causada pelo pneumococo

(1) A partir dos 20 (vinte) anos, gestante, não gestante, homens e idosos que não tiverem comprovação de vacinação anterior, seguir o esquema acima. Apresentando documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.

(2) Adulto/idoso que resida ou que for viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.

(3) A vacina tríplice viral - SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola) deve ser administrada em mulheres de 12 a 49 anos que não tiverem comprovação de vacinação anterior e em homens até 39 (trinta e nove) anos.

(4) Mulher grávida que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 05 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço. A dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deverá ser antecipada para cinco anos após a última dose.

(5) A vacina contra Influenza é oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso.

(6) A vacina contra pneumococo é aplicada durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso nos indivíduos que convivem em instituições fechadas, tais como casas geriátricas, hospitais, asilos e casas de repouso, com apenas um reforço cinco anos após a dose inicial.