

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Projeto de Intervenção

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MELHORAR A INCIDÊNCIA
DE LEISHMANIOSE EM A POPULAÇÃO DE ESF RURAL NO
MUNICÍPIO IPORANGA, SÃO PAULO

Autor: Barbara Moraima Ramirez Hernandez

Orientador: Karen Roberta Steagall Bigatto

Sao Paulo.

Janeiro 2015

Sumário

1.	Introdução.....	3
2.	Objetivos.....	6
2.1	Objetivo Geral	6
2.2	Objetivos específicos	6
3.	Revisão Bibliográfica.....	5
4.	Metodologia	7
5.	Resultados esperados	9
6.	Cronograma	10
7.	Referências.....	11

Introdução

As leishmanioses são antropozoonoses consideradas um grande problema de saúde pública, representam um complexo de doenças com importante espectro clínico e diversidade epidemiológica. (1)

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa, não contagiosa, que acomete pele e mucosas, cujo agente etiológico é um protozoário do gênero *Leishmania*. O modo de transmissão habitual é através da picada de insetos que pode pertencer a fêmeas de várias espécies de flebotomíneos infectadas de diferentes gêneros. (1, 2, 3, 4, 5)

A LTA, também conhecida como leishmaniose mucocutânea, úlcera de Bauru, ferida brava etc., distribui-se amplamente no continente americano, estendendo-se desde o sul dos Estados Unidos até o norte da Argentina. A doença constitui um problema de saúde pública em 88 países, distribuídos em quatro continentes (Américas, Europa, África e Ásia), com registro anual de 1 a 1,5 milhões de casos. É considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma das seis mais importantes doenças infecciosas, pelo seu alto coeficiente de detecção e capacidade de produzir deformidades. (1, 12,13,14)

No Brasil tem sido assinalada em todos os estados, constituindo, portanto, uma das afecções dermatológicas que merece maior atenção, devido a magnitude da doença, assim como pelo risco de ocorrência de deformidades que pode produzir no homem, como também pelo envolvimento psicológico do doente, com reflexos no campo social e econômico, uma vez que, na maioria dos casos, pode ser considerada uma doença ocupacional. (2)

No Brasil, Moreira (1895) identificou pela primeira vez a existência do botão endêmico dos países quentes, chamando “Botão da Bahia” ou “Botão de Biskra”. A confirmação de formas de leishmânias em úlceras cutâneas e nasobucofaríngeas ocorreu no ano de 1909, quando Lindenberg encontrou o parasito em indivíduos que trabalhavam em áreas de desmatamentos na construção de rodovias no interior de São Paulo. Splendore (1911) diagnosticou a forma mucosa da doença e Gaspar Vianna deu ao parasito o nome de *Leishmania brazilienses*. No ano de 1922, Aragão, pela primeira vez, demonstrou o papel do flebotomíneo na transmissão da leishmaniose tegumentar e Forattini (1958) encontrou roedores silvestres parasitados em áreas florestais do Estado de São Paulo.(1)

No Brasil e em outros países do Novo Mundo, sua importância reside não só na alta incidência e ampla distribuição geográfica, mas também na possibilidade de assumir formas que podem determinar lesões destrutivas, desfigurantes e também incapacitantes, com grande repercussão no campo

psicossocial do indivíduo.(9). O tratamento oportuno e adequado é de grande importância para prevenir a evolução da doença para formas mais destrutivas e graves, como a forma mucosa. (10)

A transmissão da doença vem sendo descrita em vários municípios de todas as unidades federadas (UF). Nas últimas décadas, as análises epidemiológicas da leishmaniose tegumentar americana (LTA) têm sugerido mudanças no padrão de transmissão da doença, , por provável mudança nos hábitos do mosquito vetor, reforçando a importância atual da transmissão peridomiciliar ou intradomiciliar. (10,11,12) inicialmente considerada zoonoses de animais silvestres, que acometia ocasionalmente pessoas em contato com as florestas. Posteriormente, a doença começou a ocorrer em zonas rurais, já praticamente desmatadas, e em regiões periurbanas(1, 2, 7, 8)

O período de incubação da doença no homem é, em média, de 2 meses, podendo apresentar períodos mais curto (duas semanas) e mais longo, (2 anos). A LTA ocorre em ambos os sexos e todas as faixas etárias, entretanto na média do país, predomina os maiores de 10 anos, representando 90% dos casos e o sexo masculino, 74%.(1,2)

O Vale do Ribeira embora apresente imenso patrimônio ambiental e cultural, não possui alternativas econômicas adequadas ao desenvolvimento sustentável que permitam a utilização racional desses recursos, segundo entidades não governamentais que atuam na região, como o SOS Ribeira. A presença de extensas áreas com remanescentes de mata atlântica no Vale do Ribeira favorece a presença de flebotomíneos, razão pela qual a maioria dos municípios do Vale do Ribeira apresenta vetores, segundo a SUCEN. Por outro lado, a localização das moradias próximas às matas aumenta as possibilidades de transmissão autóctone de LTA.(3,14,15,16)

O trabalho de SUCEN aponta para os fatores sociodemográficos como determinantes na incidência de LTA, bem como, a presença do vetor. Segundo Neves,(16) pode-se supor que a simples detecção de uma das espécies de flebotomíneos de maior importância epidemiológica, já configura fator de risco para a LTA. Quanto à população, podemos afirmar que se trata de uma população que cresce, em locais onde a moradia é ruim, em centros urbanos, com baixa renda *per capita* e baixos índices de desenvolvimento humano e que, além disso, está exposta ao vetor. (3)

No município de Iporanga a situação é a mesma. É uma cidade onde tem havido um aumento na incidência de LTA nos últimos anos, principalmente associadas com o aumento do número de hectares de plantações de palmito, associada a situações socioeconômicas desfavoráveis, onde as populações que predominam são quilombolas em lugares de difícil acesso, população que cresce, em locais onde a moradia ainda não é adequada, com baixa renda *per*

capita e baixos índices de desenvolvimento humano e que, além disso, está exposta ao vetor, onde o nível de conhecimento y conscientização sobre esta doença ainda é insuficiente.

Por constituir um grande problema de saúde pública, devido à sua magnitude e a franca expansão verificada nos últimos anos, é importante o planejamento das ações de saúde de forma a controlar a mesma. É importante a aplicação de medidas de promoção e prevenção de saúde como as medidas educativas de proteção individual e controle de reservatórios , medidas de control ambiental, e ainda o diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos. Estas ações precisam do envolvimento de todos os membros da equipe assim como de as administrações de saúde no município

Objetivos

Objetivo Geral

- Diminuir a incidência de casos de leishmaniose na área de cobertura do ESF rural no município Iporanga, SP

Objetivos Específicos

- Analisar o nível de conhecimento da população sobre a doença.
- Identificar fatores de risco que levam ao surgimento da doença
- Melhorar nível de informação da população por meio de atividades educativas.

Metodologia:

Cenário do estudo:

O projeto de intervenção será realizado na Unidade de Saude do município de Iporanga, estado de São Paulo

Iporanga é um município situado na região do Vale do Ribeira, no coração da mata atlântica, junto às margens do Rio Ribeira, é também conhecida como Capital das Cavernas, devido a grande incidência de cavernas calcárias na área do município; cercado por Unidades de Conservação, dentre as quais se desta o Parque Estadual Turístico do Alto Ribeira - PETAR, que com cerca de 35.712 hectares abriga o valioso patrimônio natural, composto por sítios espeleológicos, paleontológicos, arqueológicos e históricos além da grande diversidade biológica característica da Mata Atlântica preservada em toda sua extensão.

Conta com área territorial: 1.277 Km², altitude: 80m, distância em relação à capital: 302 Km, Iporanga tem ótimas perspectivas na exploração do turismo como fonte de divisas para o município além de contar com a agricultura de subsistência e extração de Mineral.

Sua população estimada é de 4.535 habitantes e abriga ainda hoje em suas terras os chamados remanescentes de quilombos.

Este município contem 2 equipes de ESF, uma área urbana e uma área rural. A área rural conta com 11 microareas para uma população total de 1400 habitantes, visita-se cada microarea semanal, cada quinzenal e mensal dependendo do numero de habitantes

Dispõe de uma equipe de saúde formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, 11 agentes de saúde comunitários, um odontólogo e uma auxiliar de saúde bucal

Sujeitos da intervenção (público-alvo):

Os participantes da intervenção serão os pacientes adultos da área de cobertura da ESF rural que atendam ao posto de saúde de cada microarea, convidados pelos agentes comunitários. Seroa escolhidos aleatoriamente 200 pessoas entre as micoareas que houve maior ocorrência da doença.

Crítérios de inclusão:

População adulta da área da cobertura da ESF rural serão escolhidos aleatoriamente para participar da pesquisa através de consentimento informado

Critérios de exclusão:

Pacientes deficientes mentais e que não concorde em participar da pesquisa

Estratégias e ações:

Elaborou-se um questionário que permitirá valorar o grau de conhecimento dos participantes sobre o tema, planejou-se atividades educativas e de promoção que conta de três aulas (de uma hora de duração cada). Cada tema será aplicado em cada microarea de acordo com planejamento do cronograma de visitas a cada posto de saúde. O curso se desenhou sobre na base dos seguinte aspectos: introdução ao tema, fatores de risco e medidas de promoção e prevenção sobre a doença

O questionário será elaborado pelo médico e será aplicado pelos agentes comunitários durante as visitas domiciliares e também no postos de saúde

o questionário será aplicado de forma individual na primeira sessão e após de impartíveis as técnicas educativas, onde se verificara se houve ou não modificação nos conhecimentos, a partir da avaliação das respostas como adequadas ou inadequadas. Na informação se processara de forma computadorizada, elaborando-se uma base de dados. Se utilizará a porcentagem como medida de resumo para variáveis qualitativa.

O curso será ministrado pelo medico em cada visita aos postos de saúde, com frequência semanal ou mensal de acordo com planejamento e programação do cronograma de trabalho.

Avaliação e Monitoramento

A avaliação dos resultados será feita a partir da comparação dos resultados dos questionários inicial e final. Esta comparação permitirá saber se houve aquisição de informação e conhecimento sobre a doença pela população do estudo

A pesquisa prevê duas avaliações: uma no inicio da pesquisa e a outra no final, para verificação da melhoria do nível de conhecimentos sobre a doença.

Preparando a Intervenção

Etapas da preparação:

- 1- Elaboração do questionário de avaliação de conhecimento, que contenha perguntas sobre a doença, elaborado pelo médico
- 2- Apresentação do Projeto de Intervenção pela autora aos profissionais da equipe
- 3- Capacitação dos ACS pela médica da equipe, responsável pelo projeto, para aplicação do questionário.
- 4- Capacitação dos ACS pela médica responsável sobre os temas que serão tratadas nas oficinas .
- 5- Seleção e convite dos participantes da pesquisa
- 6- Preparar a mobilização dos usuários para os encontros junto aos ACS .
- 7- Preparar o formulário de acompanhamento para a coleta dos dados.

Resultados esperados

Espera-se que o projeto possa trazer contribuições para a população da área de abrangência da ESF rural do Município Iporanga, aumentando a adesão comportamentos saudáveis referentes a medidas de cuidado individual, coletivo e ambiental e por tanto, melhoria dos indicadores de saúde sobre a Leishmaniose. Destaca-se a educação em saúde como uma ferramenta fundamental do cuidado para o controle da doença , para prevenir fatores de risco ,para o diagnostico precoce e o tratamento oportuno e adequado. Espera-se, também, que a educação em saúde sobre a Leishmaniose permita a incorporação á sociedade das pessoas com o diagnóstico desta doença

Cronograma

Atividades (sugestão para 2015)	Janeiro	Febrero	Março	Abri l	Mai o	Jun ho	Julh o	agos to
Elaboração do Projeto			X					
Apresentação do Projeto			X					
Estudo da Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação dos ACS				X				
Aplicação do questionário					X			
Aulas					X	X		
Aplicação do novo questionário							X	
Coleta de dados							X	
Discussão e Análise dos Resultados								X
Revisão final e digitação								X

Referências:

- 1- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2.^a edição atualizada. 1.^a reimpressão. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF 2010
- 2- . Fundação Nacional de Saúde. Manual de controle da leishmaniose tegumentar americana. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
- 3- An. Bras Dermatol. vol.86 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2011.. Doenças dermatológicas de notificação compulsória no brasil
- 4- Gontijo B, Carvalho MLR. Leishmaniose tegumentar americana. Rev Soc Bras Med Trop. 2003;36:71-8019. Lima EB, Motta JOC, Porto C, Sampaio RN. Tratamento da leishmaniose tegumentar americana. An Bras Dermatol. 2007;82:111-24.
- 5- Killick-Kendrick R. Phlebotomine vectors of the leishmaniasis: a review. Med Vet Entomol. 1990;4:1-24
- 6- Rangel EF, Laison R. Ecologia das leishmanioses. In: Flebotomíneos do Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003
- 7- Guedes ACM, Carvalho MLR, Melo MN. Leishmaniose tegumentar: apresentação pouco comum. An Bras Dermatol. 2008;83:445-9
- 8- Lessa MM, Lessa HA, Castro TWN, Oliveira A, Scherifer A, Machado P, et al. Leishmaniose mucosa: aspectos clínicos e epidemiológicos. Rev Bras Otorrinolaringol. 2007;73:843-7
- 9- Carvalho ML, de Fontes CJR, Hueb MGF, Afonso AM, Melo LCC. Leishmaniose tegumentar no estado do Mato Grosso (Brasil): estudo clínico, laboratorial e terapêutico. An Bras Dermatol. 2002;77:45-56
- 10- Passos VMA, Barreto SM, Romanha AJ, Krettli AU, Volpin AC, Gontijo SMF, et al. Leishmaniose tegumentar na região metropolitana de Belo Horizonte: aspectos clínicos, laboratoriais, terapêuticos e evolutivos (1989-1995). Rev Soc Bras Med Trop. 2001;34:5-12
- 11- Desjeux P. Leishmaniasis: current situation and new perspectives. Comparative Immunology, Microbiology & Infectious Diseases. Elsevier 2004; 27: 305-318.
- 12- Guerra JAO, Barbosa MGV, Loureiro ACSP, Coelho CP, Rosa GG, Coelho LIACR. American tegumentary leishmaniasis in children:

epidemiological aspects of cases treated in Manaus, Amazonas, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23: 2215-2223.

- 13- Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento da co-infecção *Leishmania*-HIV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- 14- Domingos MF, Carreri-Bruno GC, Ciaravolo RMC, Galati EAB, Wanderley DMV, Corrêa FMA. Leishmaniose tegumentar americana: flebotomíneos de área de transmissão, no município de Pedro de Toledo, região sul do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 1998; 31: 425-432
- 15- Neves VLFC, Gomes AC, Antunes JLF. Correlação da presença de espécies de flebotomíneos (Diptera: Psychodidae) com registros de casos da leishmaniose tegumentar americana no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2002; 35: 299-306
- 16- Da-Silva LMR, Cunha PR. A urbanização da leishmaniose tegumentar americana no município de Campinas – São Paulo (SP) e região: magnitude do problema e desafios. *An Bras Dermatol* 2007; 82: 515-519
- 17- Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana /Organização: Gerência Técnica de Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses. - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Centro Nacional de Epidemiologia – Fundação Nacional de Saúde - Ministério da Saúde Brasília – 2000 62 p. il.:

Anexos

Questionário

- 1- Você reside há muito tempo neste bairro?
Sim_____ Nao_____

- 2- Você já ouviu falar da doença leishmaniose?
Sim_____ Nao_____

- 3- Você sabe cómo esta doença é transmitida?
Sim_____ Nao_____

- 4- Como esta doença é transmitida?
____ Mordedura de mosquito aedes aegyti
____ Mordedura de animais domésticos e silvestres
____ Mordedura de mosquito birigui

- 5- Quais saon os sinais e sintomas desta doença?
____ Dor en articulações
____ Lesao con bordes arredondados que nao cicatriza
____ Diarrea e vômitos

- 6- Qual é a forma de contaminação do mosquito?
____ Atravez de saneamento aberto
____ Animais domésticos e silvestres contaminados pela doença
____ Alimentos contaminados

- 7- Quais saon as medidas de prevenção desta doença?
____ Uso de mosquiteros, repelentes, dedetização das residencias
____ Dieta saudavel, tratamento das aguas
____ Uso de preservativo, sexo seguro

- 8- No caso de aparecimento da lesao característico da doença, o que você fazer?
____ Procurar o líder da comunidade, perguntar aos vizinhos
____ Ir a farmacia e comprar medicamento para pasar na lesao
____ Procurar o posto de saude para atendimento medico