

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação 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 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.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

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

Tayná Matos do Vale

**O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO À PREVENÇÃO DE
DST/HIV NA ATENÇÃO BÁSICA**

**BELÉM
2017**

Tayná Matos do Vale

**O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO À PREVENÇÃO DE
DST/HIV NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão apresentado à
Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre, sendo este marco da conclusão do
curso de especialização em medicina de família e
comunidade.

Orientadora: Ivone Andreatta Menegolla

Belém

2017

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	04
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO	05
2.1	GENOGRAMA	08
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	09
4	VISITA DOMICILIAR	12
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	14
6	REFERÊNCIAS	17
7	ANEXO/ PROJETO DE INTERVENÇÃO	18

1 INTRODUÇÃO

Sou médica, formada pela Universidade Estadual do Pará (UEPA), campus Santarém, no ano de 2014. Pós-graduada em medicina da família e comunidade e em medicina do trabalho; possuo certificado do curso de ACLS; atuo na cidade de Belém-Pará na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) sacramenta no setor de trauma; no hospital Rio Mar, setor da pediatria; no hospital municipal de Ananindeua-Pa. Na atenção básica atuo no Programa Saúde da Família (PSF) na Unidade de Saúde (UBS) Roraima-Amapá, na cidade de Ananindeua, estado do Pará, Brasil.

Na UBS o atendimento é realizado, principalmente, em pacientes adultos com doenças crônicas ou não, além da atenção em pediatria e acompanhamento gestacional. Há de 2320 famílias cadastradas na ESF. A equipe de profissionais atuantes é composta por 02 (duas) médicas, 02(duas) enfermeiras, 01(uma) odontóloga, 10 (dez) agentes comunitários de saúde e 02 (dois) técnicos administrativos.

Quanto a estrutura da UBS, a mesma possui com dois consultórios médico, uma sala de reunião, uma sala de recepção, uma farmácia, duas salas de consulta de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de vacina, uma sala de observação, uma sala de esterilização (com autoclave), um espaço aberto para reuniões. A unidade de saúde é localizada em um bairro da periferia da cidade de Ananindeua no estado do Pará.

O território a qual a estratégia saúde da família está inserido é uma área carente de muitos serviços à população. Embora esteja em uma cidade dentro da região metropolitana de Belém, ainda tem como base de recursos de saúde a metrópole. Assim, dessa forma, muitos serviços, principalmente da saúde secundária e terciária tem sede na capital. A atenção primária, embora esteja bem presente na microárea, a infraestrutura local não colabora para diminuição de doenças como as verminoses, ligadas à sistema ineficiente de redes de esgoto, tratamento de água e a educação em saúde da população local, que é o único ponto em que a ESF pode atuar, prezando pelo tratamento e pela prevenção

Elaborar um Projeto de Intervenção (PI), no transcorrer do curso de especialização fez-se necessário para a problematização e resolução de temas

do dia a dia. Os quais foram pensados e analisados mediante as necessidades da população assistida, no que tange a atenção básica o Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de osteoartrose foi escolhido por ter certa prevalência na atenção primária, justificando a escolha do para o PI, e sua aplicação em uma unidade de saúde no município de Ananindeua-Pará.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O caso de dona Maria do Socorro não é algo distante da realidade para os profissionais da saúde da atenção básica. Ela, como várias pessoas no Brasil, enfrentam problemas socioeconômicos, tendo como um agravante de seu estado psicológico, ser portadora do vírus HIV e estar gestante.

Os nomes de pacientes que irão constar no corpo do trabalho, serão nomes fictícios e servirão apenas como base situacional do leitor.

Ângela, 42 anos, divorciada há 3 anos, e em união estável com Adelson de 45 anos de idade. Ela, após se divorciar acabou tendo vários relacionamentos ocasionais e adquiriu o vírus do HIV, o qual foi detectado no teste rápido feito na unidade. Entretanto, Ângela não tinha qualquer doença oportunista, o que deu à ela a chance de iniciar o tratamento antirretroviral (TARV), no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) há 2 anos e, precocemente, evitando a síndrome da imunodeficiência adquirida(AIDS).

Ao conhecer Adelson, começaram união estável e, durante esse relacionamento engravidou, estando, agora, gestante de 21 semanas.

Em sua última consulta médica, na Unidade Básica de Saúde (UBS), relatou estar descontente com a gravidez e que tem pensado em interromper a gestação, além de afirmar não estar fazendo o uso regular dos medicamentos do TARV. Além disso, afirma estar fumando 1 maço/dia de cigarro. Foi aconselhada pelo médico sobre a importância do tratamento regular para prevenção da AIDS e evitar a transmissão vertical do vírus para seu filho, ou seja, um pré-natal adequado diminui as chances de transmissão do vírus para seu filho durante a gestação ou, até mesmo, no momento do parto.

Durante a consulta ela disse: *“Doutora, não quero mais tomar esses remédios não. Estou cansada de tudo para mim, se a vida acabar por aqui não faz diferença”*. Afirmou com o olhar distante e os olhos como lágrimas, denotando assim sua situação de depressão diante de fatores psicossociais que o agravam.

Expliquei à ela que mesmo sendo portadora do HIV, isso não implica que seu filho seria também, mas que isso ia depender de fazer corretamente o TARV. Ele a referenciou ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para um melhor acompanhamento dela e de sua família.

Logo depois de ser indagada sobre sua saúde e contexto de vida na anamnese feita, ela se queixou de uma tosse persistente com secreção purulenta e que cursa com febre há 2 semanas.

Ao exame físico febril, anictérica, acianótica. Em precórdio, ausculta cardíaca com bulhas normofonéticas em dois tempos rítmicas sem sopro, com pressão arterial 135x85 mmHg e 110 bpm. Na ausculta pulmonar, murmúrio vesicular presente bilateralmente, com presença de estertores crepitantes em hemitórax direito em lobo médio e 23 irpm. Abdome sem massas ou visceromegalias à palpação superficial e profunda. Membros superiores e inferiores sem anormalidades anatômicas ou funcionais.

O médico então solicita alguns exames para analisar carga viral e níveis de linfócitos TCD4+ séricos, hemograma, Glicemia de jejum, baciloscopia de Bacilo álcool-ácido resistente(BAAR), em 2 amostras, e solicitou seu retorno em 2 semanas para a avaliação dos exames. Contudo, foi feito tratamento empírico para pneumonia, considerando o quadro clínico da paciente

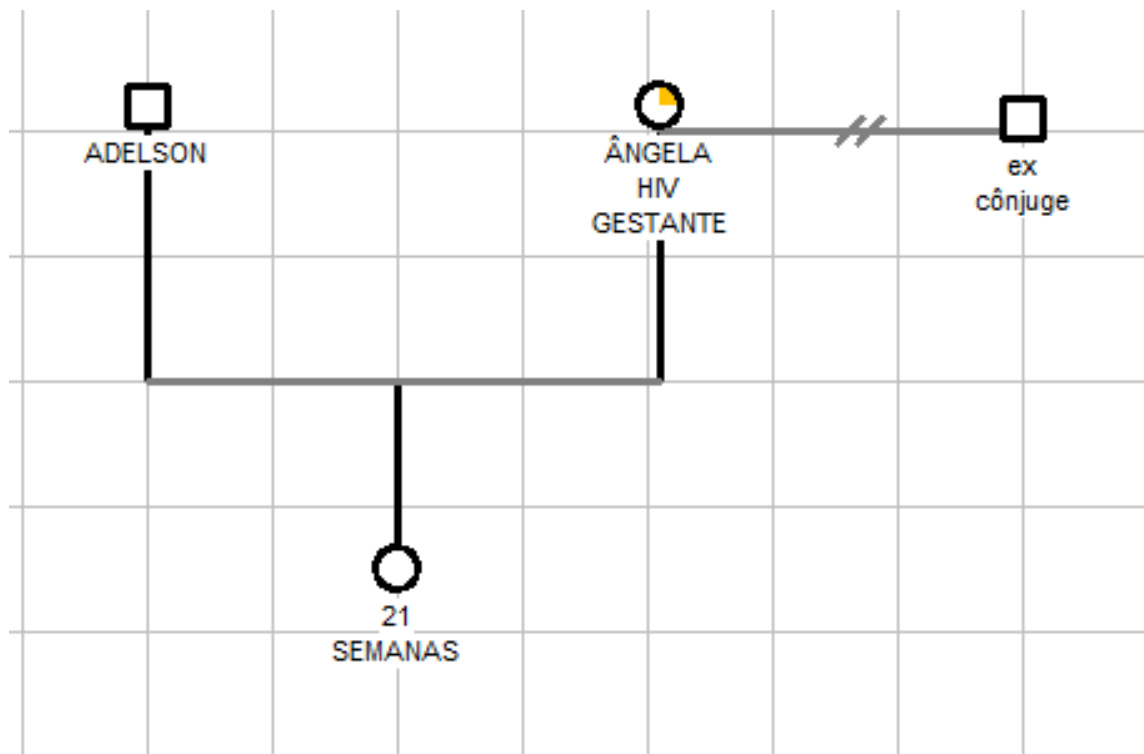
Ângela, mais calma ao final da consulta, sai decidida a se reeducar quanto aos hábitos de vida e a tomada das medicações. “ *tá certo doutora, vou tomar jeito agora e melhorar minha saúde*”. Diz ao se despedir, com um sorriso de aliviada.

Em seu retorno, a análise de seus exames revelaram uma provável infecção pulmonar. No hemograma, leucócitos: 14.500/ mm³ ; baciloscopia negativa para a investigação de tuberculose e o resto de seus exames foram normais. Dona Ângela havia melhorado da tosse e a febre cessado logo no segundo dia após a instauração do tratamento empírico revelando posteriormente, através de exame laboratoriais, uma leucocitose que confirmava o diagnóstico de pneumonia. A antibióticoterapia administrada ambulatoriamente foi: Amoxicilina de 500 mg de 12 em 12 horas de 7 à 10 dias. Os níveis de CD4 foram 350 células/ mm³ e a carga viral de 5.000 cópias/ mm³. Seu pré-natal estava regular, tanto com as consultas com médico quantos as de enfermagem.

Angêla recebeu, novamente, orientações sobre uma vida saudável sem vícios para não repercutir negativamente na sua gestação nem em sua saúde. Frisou ainda sobre o CRAS, e o quão bom seria o acompanhamento com a equipe de assistência social para efetivar uma tratamento multidisciplinar de qualidade.

Portanto, o acompanhamento de pacientes portadores do vírus HIV deve ser eficiente, não só do ponto de vista medicamentoso, mas interdisciplinarmente, para que, dessa forma, o paciente tome ciência de seu quadro e de único agente capaz de evitar agravos e perpetuar uma vida de qualidade. Somente assim, a morbimortalidade das doenças infecciosas no Brasil começar a ser uma etapa nas estatísticas epidemiológicas.

2.1 Genograma



3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

O tratamento do HIV na atenção básica deve ser bem manejado pelo profissional de saúde e o acompanhamento nos ambulatórios com o especialista não deve substituir o acompanhamento com o médico na Estratégia Saúde da Família(ESF), para prevenir agravos de doenças oportunistas, fazendo dessa forma a coordenação do cuidado. Atualmente, estima-se que, no Brasil, cerca de 600 mil pessoas vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Em 2010, a região Sul teve a maior incidência de casos, seguida, respectivamente, pelas regiões Norte, Sudeste, Centro Oeste e Nordeste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Nesta perspectiva, o investimento das políticas públicas de saúde em medidas de prevenção e no controle da transmissão vem abrindo novas possibilidades nas redes de serviços e estratégias de cuidado. Além disso, os avanços da ciência quanto ao tratamento de pessoas que vivem com o HIV/AIDS também colaboram para essa abertura (PALÁCIO, et al.,2012). Com relação ao tratamento, algumas ações vêm sendo pautadas no estímulo à autonomia dos pacientes, que contam com apoio da estrutura do sistema de saúde, de instituições sociais importantes e dos movimentos da sociedade civil. Dessa forma, é esperado que os pacientes neguem menos a doença e aumentem o autocuidado. Cabe salientar que, dentre as políticas de saúde, a que mais se aproxima do princípio de “horizontalização” de acesso proposto pelo SUS é a Política Nacional de Aids, pois o atendimento abrange os vários níveis de atenção em saúde (PALÁCIO, et al.,2012).

Embora a prevenção das DST/AIDS não esteja explicitamente estabelecida na Política Nacional de Atenção Básica como área prioritária, a integração dessas atividades na atenção básica consta em documentos referenciais do Programa Nacional de DST e AIDS (PN DST/AIDS) como “melhor alternativa para a prevenção de novas infecções e instrumento capaz de antecipar problemas individuais e coletivos em relação à epidemia de HIV e AIDS e a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis” (FERRAZ;NEMES,2009).

Em um estudo de caso realizado na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil verificou em uma entrevista o que os profissionais da saúde de uma Unidade Básica de saúde (UBS) sobre a abordagem ao paciente com HIV na atenção básica.

“Eu falo sempre sobre preservativo, sobre troca de parceiro, lógico, se a pessoa me dá liberdade. Por exemplo, se tem uma pessoa que eu sei que tem vários parceiros, mas ela não me falou, eu vou falar de uma forma pra não ofender a pessoa, pra que ela não se sintam mal, mas eu vou falar do preservativo...” (agente comunitária de saúde). (FERRAZ;NEMES,2009).

“Se eu vir que a pessoa tá numa idade que tá praticando sexo, se eu vir qualquer problema, se eu vir essas doenças sexualmente transmissíveis, eu pergunto, ‘Ah, é um problema assim e tal, você já foi em algum lugar? Já passou pelo médico?’, esse tipo de coisa” (agente comunitária de saúde) (FERRAZ;NEMES,2009).

Os profissionais não referiram existência de protocolos ou supervisão específica para essas orientações. Exceção foi o médico, que referiu utilizar os protocolos que são apresentados nas capacitações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde (FERRAZ;NEMES,2009).

Isso mostra que os profissionais da ESF, para agirem de forma sincial, é necessário seguirem protocolos do ministério da saúde para assim fazerem a coordenação do cuidado na atenção básica. É importante salientar que o monitoramento da adesão deve ser utilizado como uma estratégia de apoio ao paciente, na medida em que auxilia a equipe de saúde a identificar possíveis dificuldades, o que permite delinear um plano de intervenção de acordo com as demandas e necessidades de cada usuário. Portanto, deve ser utilizada como um recurso de ajuda ao paciente e não como uma forma de culpá-lo pelas dificuldades de adesão. Encontrar formas mais eficazes de mensuração e monitoramento da adesão ainda permanece um grande campo de investigação para quem trabalha com HIV/aids, principalmente se considerarmos que medidas mais eficazes permitirão o desenvolvimento de estratégias e intervenções mais custo-efetivas. E isso é urgente se pensarmos nas possibilidades de desenvolvimento de resistência viral e no impacto da epidemia no futuro da humanidade, principalmente nos países com recursos limitados (POLEJACK; SEIDL,2009).

A inexistência de aconselhamento é uma situação comum em outros serviços de saúde. Estudo com diferentes estabelecimentos de saúde – que incluía centros de saúde, maternidades e unidades de saúde da família – comprovou que

nenhum serviço promoveu aconselhamento, mesmo quando solicitou o teste anti-HIV (BARROSO;GALVÃO,2007).

O objetivo do aconselhamento para o profissional de saúde é estimar, a partir da história da vida sexual do aconselhando, a possibilidade da exposição, e informar à mulher a probabilidade do resultado, apontando para as chances de um resultado positivo, negativo ou falso-positivo. Nesse atendimento, o profissional oferece uma oportunidade da mulher alertar para riscos advindos da sua história de vida, e fornece recursos, com base na qualidade desta interação, para perceber sua exposição, preparando-se para receber o diagnóstico de HIV ou adotar medidas preventivas dessa infecção (BARROSO;GALVÃO,2007).

Dessa forma o acompanhamento faz-se necessário em várias faixas etárias, como em idosos, esta que ainda é um tabu no Brasil quando se relaciona ao autocuidado no HIV e a sexualidade na terceira idade. Se o profissional de saúde considerar com naturalidade a ocorrência de atividade sexual na terceira idade, o encaminhamento dessa pessoa para o exame do HIV se tornaria um procedimento rotineiro, da mesma forma como tem sido realizado junto ao segmento mais jovem da população (DE MATOS SANTOS;ASSIS,2011)

Portanto, a adesão e a abordagem ao tratamento de paciente com HIV na atenção básica, depende não só do paciente e de seu conhecimento a respeito do processo saúde-doença, mas da sensibilidade do profissional de saúde no aconselhamento e prevenções de agravo, assim como a equipe multiprofissional estar sintonizada em relação a conhecimentos atualizados para uma abordagem contundente ao paciente na atenção primária (DE MATOS SANTOS;ASSIS,2011).

4 VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é uma forma em que a saúde coletiva pode abranger um indivíduo ou uma família do território de abrangência da ESF, visando um melhor acesso e assistência para a população. É um instrumento que possibilita o profissional de saúde conhecer mais de perto a situação socioeconômica daquela residência e das pessoas que ali habitam, assim como o quadro situacional do bairro, e quais as políticas públicas que possam haver ou não na área em que se localizam tais como, rede de esgoto, água encanada, coleta de lixo e etc.

Obviamente que as visitas devem ser programadas em critérios para seleção do indivíduo e/ou das famílias em pauta (BORBA,2007). Critérios estes que levam em consideração problemas crônicos agravados, imobilidade ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde, condições de vias de acesso e transportes.

Desta forma é possível notar que pôr em prática tais características que possibilitam organizar a visita domiciliar, requer sensibilidade e uma boa articulação da equipe de saúde, pois as dificuldades para se promover saúde são as mais variadas no território brasileiro.

A visita domiciliar deve ser feita com mais a foco na atenção básica. Ela, e sua ação coordenada da multidisciplinariedade profissional evita-se agravos de doenças agudas, ajuda a vigilância epidemiológica e alcança que é incapaz de se locomover.

Em minha unidade de atuação, o agente comunitário de saúde (ACS) realiza o mapeamento da área de atuação, informa aos demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade e identifica os critérios que classificam um indivíduo ou uma família que requer uma visita domiciliar. Dessa forma, a enfermagem, juntamente com os ACS identificam as famílias de risco e realizam o agendamento. Assim, uma vez por semana, geralmente na quarta-feira a equipe se reúne para pôr em pauta as famílias que necessitam de atendimento domiciliar, ou até mesmo realização de procedimentos em domicílio, na próxima semana e articulam a melhor forma de abordagem, assim como há uma boa troca

de informações a respeito dos casos o que possibilitam todos os profissionais uma visão mais ampla do caso em questão.

Portanto, na data pré determinada, como mais favorável, acordada entre o ACS e o anfitrião a equipe (médico, enfermeiro e ACS) se deslocam até a residência para a visita.

Em uma de minhas visitas me deparei com um caso semelhante ao caso de Natasha, número 30 dos casos complexos, que com pouca informação sobre prevenção sexual, abre portas para outros agravos.

Durante minha visita conversei com Greice, garota de 15 anos, estudante da escola secundária próxima da UBS, ela estava sentindo fortes náuseas, vômitos e a visita foi solicitada pela mãe, preocupada com a filha, a qual nem conseguia mais ir à aula e acreditava que esta estava com o “intestino preso”. Em particular, Greice relatou que já tinha vida sexual ativa, porém a mãe nem o pai sabiam, indaguei sobre o uso de preservativos e parceiros sexuais, ela respondeu que usou camisinha apenas duas vezes e que tinha parceiros variados. Ela foi orientada quanto ao perigo de doenças sexualmente transmissíveis como HPV, Sífilis, Gonorréia e até mesmo a AIDS, pelo vírus HIV, além de uma gravidez indesejada.

Percebo em minha rotina de visitas domiciliares que muitas vezes descobrimos fatores que muitas vezes nem eram o foco da visita. Esta perspicácia deve ser sentida pelo profissional de saúde para assim estar atento à agravos de saúde em determinada residência e prevenir para que isso não ocorra no resto da comunidade.

O caso de Greice é muito corriqueiro na ESF, portanto, devem haver mais ações voltadas para a educação sexual para o público adolescente da estratégia saúde da família. Isso com certeza será de grande diferencial na população no que diz respeito à disseminação de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce o que ainda, infelizmente, é um grande problema no país. Mesmo com todas as campanhas do ministério da saúde, é necessário que o apoio também venha mais de perto, o que coloca a ESF como um elo crucial entre as ações de saúde nacionais e a promoção de saúde local.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Em se tratando de Atenção básica, o curso de especialização em saúde da família e comunidade, trouxe-me muitos diferenciais, não somente como profissional, mas como ser humano em minha prática clínica. Fez-me ver o paciente além das paredes do consultório e entendê-lo como parte de uma realidade que é a comunidade em que ele vive e os fatores que o influencia.

Durante o curso pude melhorar a dinâmica entre meus colegas profissionais, levando o conhecimento adquirido na plataforma para a minha prática e assim, melhor articular as ações, por nós, promovidas. Dessa forma, os casos complexos foram de suma importância para a aquisição deste conhecimento, pois forneceram parâmetros teóricos para melhor abordar situações na atenção básica. O eixo1(um) também tem sua contribuição, principalmente no que diz respeito à conhecimento de território. A troca de informações com os tutores e as orientações por eles fornecidas tonaram o curso sem dúvida bem mais enriquecedor.

Posso citar aqui o caso de Maria do Socorro, dos casos complexos, com ele pude aprender a lidar com a realidade do HIV na atenção básica, assunto este que certamente, antes, não estaria preparada para abordar uma situação como esta. Isso me sensibilizou para estar mais disposta a elaborar ações voltadas para a saúde sexual, principalmente focada no público adolescente, que ainda é um problema muito frequente em minha área de atuação em se tratando de falta de informação ou ideias errôneas sobre sexo e prevenção.

Portanto, o principal aprendizado que tive aqui, foi entender a população, o paciente como um ser humano passivo de medo e cheio de subjetividades relacionadas a saúde, e não apenas com sinais e sintomas que fornecem pistas, muitas vezes insuficiente para um diagnóstico preciso. A relação-médico vai, sem dúvida muito além dos portões da UBS.

Em que medida estas diferenças na orientação da atenção primária estão associadas a uma saúde melhor, custos mais baixos e satisfação das pessoas com seu sistema de saúde? Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes indica que os países com uma orientação mais forte para atenção primária, na verdade, possuem maior

16
probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos.
(STARFIEL, 2002,pag. 32).

REFERÊNCIAS

BARROSO, Léa Maria Moura; GALVÃO, Marli Teresinha Gimeniz. **Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 3, p. 463-9, BORBA, Ticiano Cardoso Alves et al. **Classificação de risco: capacitação para equipe de enfermeiros de um centro médico hospitalar**. 2017

DE MATTOS SANTOS, Alessandra Fátima; DE ASSIS, Mônica. **Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.

FERRAZ, Dulce Aurélia de Souza; NEMES, Maria Ines Battistella. **Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 2, p. s240-s250, Jan. 2009 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400006&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400006>.

Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico**. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_preliminar_pdf_34434.pdf [recuperado em: 05 maio 2011].

PALÁCIO, Marília Belfiore; DE CASTRO FIGUEIREDO, Marco Antônio; DE SOUZA, Lícia Barcelos. **O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde: possibilidades de integração da assistência. Psico**, v. 43, n. 3, 2012.

POLEJACK, Larissa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. **Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. Psicologia**, v. 70910, p. 900, 2010

STARFIEL, D.B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia**. 1.ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.



Projeto de Intervenção

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE OSTEOARTROSE ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RORAIMA-AMAPÁ, MUNICÍPIO DE ANANINDEUA-PA, PERÍODO DE ABRIL A SETEMBRO DE 2016.

Tayná Matos do Vale

**Belém
2017**

Resumo

A Unidade de Saúde da Família Roraima-Amapá, localizada no município de Ananindeua, Pará, tem como característica uma comunidade predominantemente idosa e em virtude disso, constatou-se a importância da busca de pacientes portadores da osteoartrose. Este projeto de intervenção visa investigar esses pacientes e classificá-los de acordo com os fatores de risco: gênero, idade, trauma, uso excessivo articular, genética, obesidade e ocupação. Trata-se de um estudo descritivo, de caráter retrospectivo. A coleta será realizada no banco de dados da unidade de saúde Roraima-Amapá, por meio da análise de prontuários de pacientes atendidos no posto, entre os meses de abril a setembro de 2016. Serão incluídos na presente pesquisa todos os prontuários que apresentarem os registros de pacientes com o diagnóstico de osteoartrose. O grande objetivo do estudo é analisar a prevalência da doença na população atendida na unidade estudada a fim de originar a aquisição pelos doentes de uma atitude pró-ativa relacionada aos seus cuidados de saúde através de mais esclarecimento sobre a moléstia e promover meios de prevenção, evitando assim, possíveis agravos.

Palavras-chave: Osteoartrose; fatores de risco; prevenção;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
2. OBJETIVOS	05
2.1. GERAL	05
2.2. ESPECÍFICOS	05
3. REFERENCIAL TEÓRICO	06
3.1. CONCEITOS E ASPECTOS GERAIS	06
3.2. TIPOS	06
3.3. ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO	07
3.4. FISIOPATOLOGIA	08
3.5. SINTOMAS E EXAME CLÍNICO	09
3.6. DIAGNÓSTICO	10
3.7. TRATAMENTO	10
4. METODOLOGIA	12
4.1. LOCAL E DATA	12
4.2. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	12
4.3. AMOSTRA A SER PESQUISADA	12
4.4. MEIO E FORMA DA COLETA DE DADOS	12
4.5. TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	13
5. CRONOGRAMA	14
6. RECURSOS NECESSÁRIOS	15
6.1. RECURSOS HUMANOS	15
7. RESULTADOS ESPERADOS	16
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

1 INTRODUÇÃO

A osteoartrite, doença articular degenerativa, artrose ou osteoartrose, como ainda é conhecida no nosso meio, é a doença reumática mais prevalente entre indivíduos com mais de 65 anos de idade. Estudos americanos apontam que mais de 50 milhões de pessoas apresentam hoje essa enfermidade. No Brasil, não existem dados precisos sobre esta prevalência. (COIMBRA, ET AL, 2004).

É uma afecção bastante comum e se apresenta entre 44% e 70% dos indivíduos acima de 50 anos de idade; na faixa etária acima de 75 anos, esse número eleva-se a 85%. Além disso, representa uma das principais queixas da consulta médica e é responsável por um número exorbitante de absenteísmo e aposentadorias por invalidez. (REJAILI et AL 2005)

A unidade de saúde Roraima-Amapá, localizada no município de Ananindeua- Pa, tem como demanda principal a população idosa e esta, não foge da estatística quando se trata de osteoartrose e suas sequelas.

É fundamental ter em mente que o tratamento da doença não é escalonado e sim multimodal. O paciente deve ser educado sobre sua doença e estimulado a assumir um comportamento ativo no seu tratamento.

Dentro desta problemática, o presente trabalho tem como objetivo averiguar essa prevalência a fim de melhorar a qualidade de vida desses indivíduos, visto a importância e relevância do tema, tanto no âmbito mundial quanto local.

2 OBJETIVOS:

2.1 Geral:

O Trabalho tem como objetivo geral, analisar a prevalência da osteoartrose na população atendida na unidade de saúde Roraima-Amapá, situada no município de Ananideua-PA.

2.2 Específicos:

- Associar a prevalência da osteoartrose de acordo com os fatores de risco como gênero, idade, trauma, uso excessivo articular, genética, obesidade e ocupação;
- Promover a aquisição pelos doentes de uma atitude pró-ativa relacionada aos seus cuidados de saúde através de mais esclarecimento sobre a moléstia;
- Promover meios de prevenção da doença para evitar possíveis agravos
- Analisar as principais alterações presentes na população estudada e associá-las às causa de invalidez

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONCEITOS E ASPECTOS GERAIS

A osteoartrose (OA) é caracterizada por ser uma afecção crônica degenerativa, ocasionada por múltiplos fatores e de progressão lenta, de caráter universal na qual há uma anormalidade na cartilagem hialina ocasionando sintomatologia de variável intensidade e comprometimento funcional. Esta doença é muito observada no processo de envelhecimento, como também uma reação ao desgaste e/ou resultado de uma mecânica articular anormal. O processo degenerativo do tecido cartilaginoso ocorre de forma arrastada do ponto de vista clínico, porém os sinais radiográficos em pacientes pode ser visualizados em estágio inicial. (JUNIOR,ET AL 2015).

Segundo Mendes 2010, a osteoartrose não é provavelmente, uma entidade nosológica única, mas sim um conjunto de patologias com etiologias distintas e com características biomorfológicas e clínicas semelhantes. Define-se, por isso, como uma síndrome degenerativa que afeta primariamente a cartilagem articular, provocando a destruição progressiva da mesma, envolvendo todos os tecidos articulares como a membrana sinovial, a capsula articular, músculos e tendões periarticulares e ligamentos, manifestando-se através de dor, rigidez e perda funcional, ocasionando grande incapacitação ao paciente.

As grandes articulações de carga , nomeadamente joelho, quadril e coluna vertebral são as mais afetadas na OA, porém atinge com frequência as pequenas articulações da mão e, mais raramente do pé. Em geral, é localizada restringindo-se a uma única região, no entanto pode afetar várias articulações de forma generalizada. (MENDES,2010)

O sexo feminino é o mais atingido, entre a 4ª e 5ª décadas e no período da menopausa, aumentando sua incidência com a idade, com uma frequência em torno de 5% em indivíduos com menos de 30 anos e 70% a 80% naqueles com mais de 65 anos, sendo que somente 20% a 30% dos portadores de alterações radiológicas apresentam sintomas. (HINTEHOLZ E VON MUHLER, 2003)

3.2 TIPOS

Sinteticamente, existem dois tipos de osteoartrose; levando em consideração a etiologia, esta pode ser classificada como primária, onde não há causas conhecidas, ou secundária, quando é desencadeada por fatores determinados. Em ambos os tipos, o tecido com maiores alterações é a cartilagem. Esta perde sua natureza homogênea e é rompida e fragmentada com fibrilação, fissuras e ulcerações. Com o avanço da patologia, a cartilagem se torna tão escassa, que existem áreas de osso subcondral expostas. (DUARTE ET AL 2013)

3.3 ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO

Há evidências que sugerem um envolvimento multifatorial, em relação à etiologia da Osteoartrose, podendo ocorrer por influência genética, distúrbios metabólicos, hormonais, idade avançada e pela participação de citocinas inflamatórias (COIMBRA, SAMARA, COIMBRA, 2004).

Um dos fortes fatores determinantes da osteoartrose é a influência genética. Estudos epidemiológicos com gêmeos demonstram que a influência de fatores genéticos, visíveis radiograficamente, está entre 39 e 65% na OA de joelho de mulheres (SPECTOR, MACGREGOR, 2004). Dentre os fatores metabólicos, a obesidade ganha maior destaque, sendo demonstrado em estudos a associação entre o excesso de peso e a osteoartrose do joelho (ANDERSON, FELSON, 1988; HOCHBERG *et al.*, 1995).

Caspi, Flusser, Farber *et al* (2001) afirmam que a idade, outro fator bastante explorado, influencia na gravidade da osteoartrose, principalmente, em mulheres. Lawrence, Bremmer, Bier (1996), em um estudo com 2000 indivíduos observou o aumento significativo da gravidade da osteoartrose em idades mais avançadas.

A sobrecarga mecânica devido à lesão, trauma agudo ou anormalidade no carregamento devido à obesidade, frouxidão ligamentar ou alterações na geometria articular tem sido considerados fatores de risco para a degeneração da cartilagem e secundariamente osteoartrose, entretanto, os mecanismos pelos quais isto ocorre ainda são desconhecidos.

O marco da doença é a degradação progressiva da matriz extracelular da cartilagem articular que ocorre independente do agente etiológico, apesar das atividades aumentadas dos condrócitos, sugerindo desequilíbrio entre o anabolismo e o catabolismo da matriz extracelular (PISCOYA *et al.*, 2005). Desta forma, a osteoartrose tem sido descrita como uma falha no organismo com mudanças patológicas na cartilagem articular e no osso subcondral, tendo como indicativo de progressão a destruição focal da cartilagem e aumento da espessura do osso subcondral e osteófitos.

3.4 FISIOPATOLOGIA

As alterações mais significativas ocorrem nas superfícies articulares que perdem a sua congruência (COIMBRA ET AL 2002). Enquanto isso acontece na cartilagem, o osso subcondral sofre alterações proliferativas. Essas alterações ocorrem na margem das articulações e no assoalho das lesões cartilaginosas, que por sua vez comprometem a elasticidade e aumentam a rigidez óssea, tornando os ossos mais sensíveis ao desenvolvimento de microfraturas (REZENDE ET AL 2000). Essas microfraturas regeneram-se, porém, de forma excessiva; isso ocasiona a formação de calos ósseos e, conseqüentemente, aumenta a rigidez que compromete toda a estrutura articular dando origem aos osteófitos, luxações e instabilidade articular. Proliferação sinovial e sinovite ativa também são comuns (CAMANHO,2001). As células da sinóvia perto da periferia tornam-se metaplásicas e acarretam a formação de novos osteófitos (VASCONCELOS ET AL 2006).

A atividade enzimática lisossômica e extralisossômica apresentam-se elevadas quando comparadas com valores referenciais de normalidade. Essas enzimas levam à degradação dos agregados e à perda de proteoglicanas da matriz óssea, e colágeno tipo II. O arcabouço proteico das proteoglicanas causam a ativação de outras enzimas, entre elas a colagenase, que por sua vez destrói o

colágeno, o qual é, aparentemente, o fator principal na progressão da patologia e na destruição final da superfície articular (RICCI E COIMBRA 2006)

3.5 SINTOMAS E EXAME CLÍNICO

O principal sintoma e que traz o paciente ao médico é a dor localizada no sítio anatômico. A dor no início da doença costuma ser do tipo mecânica, através do uso da articulação. Com o passar do tempo vai ocorrendo mesmo em repouso (dor inflamatória) Ao contrário da artrite reumatóide, cuja rigidez é prolongada, a rigidez da osteoartrose tem duração inferior a 30 minutos. Nas mãos, nódulos de Bouchard e Heberden traduzem o crescimento de osteófitos das articulações proximais e distais, respectivamente. Nos joelhos há dor à palpação e dor à mobilização passiva e ativa. Atrofia dos quadríceps acompanham o quadro. (HINTEHOLZ E VON MILLER 2003)

Nos estágios iniciais o exame da articulação pode ser normal e à medida que a doença avança se pode notar aumento de volume articular devido à sinovite leve ou derrame articular geralmente frio e pequeno ou a osteófitos. Ocorre dor à mobilização da articulação que deve ser distinguida de dor devido a distúrbios ou lesões de estruturas periarticulares, como tendões, bursas ou ligamentos. Ocorre uma crepitação sentida no movimento articular que é também característicada osteoartrite. (SELLAME E BEREMBAUM,2009)

Em fases mais avançadas da doença, as deformidades e subluxações já são encontradas .O exame articular de membros inferiores deve levar em conta as dores referidas de quadril na articulação de joelho e as de coluna na articulação de quadris e joelhos, além da inspeção da marcha para detecção de desvios de eixo. Avaliar o peso corporal, a força muscular e a estabilidade ligamentar fazem parte do exame clínico (HUNTER,2006).

A rigidez matinal ou após repouso prolongado relacionada à doença não é maior que 30 minutos e limitada à articulação, o que a distingue das doenças articulares inflamatórias, já citada no presente estudo. (PEAT E CROFT,2001)

3.6 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da osteoartrose de joelho é clínico-radiológico. Em geral, estão presentes sintomas e sinais como dor, limitações de mobilidade, crepitação, derrame articular e deformidades, no entanto, tais alterações são inespecíficas e também podem estar presentes em outras afecções, como nas doenças articulares inflamatórias. Assim, para a obtenção do diagnóstico da osteoartrose de joelho deve-se verificar a existência de alterações degenerativas reacionais como o surgimento de osteófitos e/ou diminuição do espaço articular (OLIVEIRA, MESQUITA, 2003).

O estudo radiológico não é muito significativo nos casos iniciais ou, às vezes, até moderados, no sentido de caracterizar a degeneração da cartilagem, que se vê indiretamente por meio da redução do espaço articular (COSSERMELLI, PASTOR, FULLER, 2001). A maior sobrecarga mecânica leva à formação de áreas espessadas de esclerose óssea na camada subcartilaginosa e ao aparecimento de cistos que se localizam nas imediações da articulação. As áreas articulares não submetidas ao peso do corpo apresentam osteófitos. A fase final caracteriza-se por deformidades acentuadas e por vícios de posição da articulação (MÜHLEN, 2002, VANNUCCI *et al*, 2000).

3.7 TRATAMENTO

Existem várias opções de tratamento conservador para a osteoartrose. Dentre elas estão redução do peso, fisioterapia, exercícios físicos e dispositivos extra-articulares para assistência à função. As opções de terapia farmacológica (analgésicos comuns, opióides, anti-inflamatórios não esteroidais, corticoides) são voltadas para o alívio da dor. Glicosaminas, diacarina e ácido hialurônico são drogas conhecidas como modificadores da história natural da doença, que promovem melhoria da função e da dor em curto prazo. Contudo, mais estudos são necessários para elucidação da eficiência das drogas para evitar a progressão da doença. Ainda

não existe medicamento eficaz para mudar o curso da doença (MANEK E LANE 2000).

4 METODOLOGIA

4.1 LOCAL E DATA

A coleta será realizada no banco de dados da unidade de saúde Roraima-Amapá , por meio da análise de prontuários de pacientes atendidos no posto, entre os meses de abril a setembro de 2016.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter retrospectivo, do tipo série histórica, observacional, não experimental abrangendo o período de abril a setembro de 2016, tendo como objetivo identificar a prevalência da osteoartrite delineando o perfil epidemiológico dos pacientes através de um levantamento de dados.

4.3 AMOSTRA A SER PESQUISADA

Serão incluídos na presente pesquisa todos os prontuários que apresentarem os registros de pacientes com o diagnóstico de osteoartrose estando em tratamento ou não, independente do sexo e da faixa etária acometida.

Serão excluídos da pesquisa, os prontuários que não preencherem os pré-requisitos citados acima.

4.4 MEIO E FORMA DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada através dos prontuários existentes no banco de dados da unidade de saúde Roraima-Amapá, com o intuito de apresentar um levantamento do total de pacientes portadores de osteoartrose registrados na UBS, analisando as seguintes variáveis: idade, sexo, profissão, localização da osteoartrose (quadril, joelho, coluna vertebral, ombro, pé e mão), queixa principal,

uso de medicamentos (se usa), história de doença reumática na família (se sim ou não) e doenças associadas.

4.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta das informações, será utilizado o programa Microsoft Office Excel e Word versão 2007 para tabulação destas e construção de figuras para o melhor entendimento.

5 CRONOGRAMA

ANO: 2016

Procedimento	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Apresentação do projeto à equipe	X					
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X
Aprimoramento da pesquisa		X	X			
Planejamento e Organização das atividades.			X			
Coleta dos prontuários				X		
Análise dos prontuários					X	X
Avaliação do projeto pela equipe da ESF						X

6 RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 Recursos Humanos

- Oito agentes comunitárias de saúde;
- Dois técnicos de enfermagem;
- Uma enfermeira;
- Uma médica.

6.2 Recursos Materiais

- Sala para realização dos grupos;
- Canetas;
- Folhas A4;
- Computador;
- Impressora;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;

7 RESULTADOS ESPERADOS

Ao final deste projeto de intervenção, espera-se:

- Associar a prevalência da osteoartrose de acordo com os fatores de risco como gênero, idade, trauma, uso excessivo articular, genética, obesidade e ocupação;
- Promover a aquisição pelos doentes de uma atitude pró-ativa relacionada aos seus cuidados de saúde através de mais esclarecimento sobre a moléstia;
- Promover meios de prevenção da doença para evitar possíveis agravos
- Analisar as principais alterações presentes na população estudada e associá-las às causas de invalidez
- Verificar as principais deformidades ocasionadas nesses pacientes

REFERÊNCIAS

American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. **Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee:** 2000 update. *Arthritis Rheum.* 2000;43(9):1905–15. 8. Manek NJ, Lane NE. Osteoarthritis: current concepts in diagnosis and management. *Am Fam Physician.* 2000;61(6):1795–804.

ANDERSON, J.J.; FELSON, D.T. **Factors associated with osteoarthritis of the knee in the First National Health and Nutrition Examination Survey: evidence for an association with overweight, race and physical demands of work.** *Am j Epidemiol.* V.28, 1988.

Carvalho, F. M. P.; **Tratamento da gonartrose numa abordagem cirúrgica.** 2010. Dissertação (mestrado integrado de medicina) – Faculdade de ciências da saúde, Universidade da Beira interior.

CAMANHO, GL. **Tratamento da osteoartrose do joelho.** *Rev Bras Ortop.* 2001;36(5):135-40.

COIMBR IB, PASTOR, E.H, GREVE, J.M.D.A, PUCCINELLI, M.L.C, FULLER, R., Cavalcanti FS, et al. **Consenso Brasileiro para o tratamento de Osteoartrite (Osteoartrose).** *Rev Bras Reumatol.* 2002;42(6):371-4.

COIMBRA, F.X.; SAMARA,A.M.; COIMBRA,I.B. **Estudo da associação entre o índice de massa corpórea e osteoartrose de mãos.** *Revista Brasileira de Reumatologia.* V.44, n.3,2004.

COSSERMELLI, W.; PASTOR, E. H.; FULLER, R. **Artropatias Degenerativas.** São Paulo: Atheneu, 2001

HUNTER D J, FELSON, D.T. Osteoarthritis. *BMJ* 2006 332(7542): 639-642.19. Peat G, McCarney R, Croft P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. *Ann Rheum Dis* 2001 60:91-97.

LAWRENCE, W. J.S.; BREMNER, J.M. BIER, F. Osteoarthrosis. **Prevalence in the population and relationship between symptoms and x-rays changes.** *Ann Rheum Dis.* V.25,1996.

MÜHLEN, C. A. **Osteoartrose: como diagnosticar e tratar.** *Revista Brasileira de Medicina.* Volume 59, n. 12, dez. 2002.

PISCOYA, J.L.; FERMOR, B.; KRAUS, V.B.; STABLER, T.V.; GUILAK, F. **The influence of mechanical compression on the induction of osteoarthritis-related biomarkers in articular cartilage explants.** *OsteoArthritis and Cartilage*,2005

PEAT G, McCARNEY, R, Croft P. **Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care.** *Ann Rheum Dis* 2001 60:91-97.

RICCI, N.A, COIMBRA, I.B. **Exercício físico como tratamento na osteoartrite de quadril: uma revisão de ensaios clínicos aleatórios controlados.** *Rev Bras Reumatol.* 2006;46(4):273-80. doi:10.1590/S0482-50042006000400007.

REJAILLI, WA, CHUEIRE AG, CORDEIRO JA, PETEAN, F.C, FILHO, G.C. **Avaliação do uso do Hylano GF-20 no pós-operatório de artroscopia de joelho por artrose.** *Acta Ortop Bras.* 2005;13(1):20-3. doi:10.1590/S1413-78522005000100005.

REZENDE, UM, HERNANDEZ, AJ, CAMANHO, GL, Amatuzi MM. **Cartilagem articular e osteoartrose.** *Acta Ortop Bras.* 2000;8:100-4. doi:10.1590/S1413-78522000000200005.

SILVA, N. A.; MONTANDON, A. C. O. S.; Cabral, M. V. S. P.; **Doenças osteoarticulares degenerativas periféricas**, 2008, Artigo. Universidade Federal de Goiânia, Goiás

SKARE, T. L.; **Reumatologia: princípios e práticas.** – 2. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2007

SPECTOR, T.D., MACGREGOR, A.J. **Risk factors for osteoarthritis: genetics.** *OsteoArthritis and Cartilage* (2004) 12, S39–S44

SELLAM J, HERRERO-BEAUMONT, G, BERENBAUM, F. **Osteoarthritis: pathogenesis, clinical aspects and diagnosis.** In: *Eular Compendium on Rheumatic Diseases.* 1st edition. London: BMJ Publishing Group 2009. p 444-463.

VASCONCELOS, KSS, DIAS JMD, DIAS RC. **Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite de joelho.** *Rev Bras Fisioter.* 2006;10(2):213-8. doi:10.1590/S1413-35552006000200012