

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS**

**Suelen Dal Bó**

**A MULTIDISCIPLINARIDADE E OS ESFORÇOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA UBS  
SÃO CAETANO DE CAXIAS DO SUL NO ESPECTRO DE PACIENTES COM  
BAIXA ADESÃO AOS TRATAMENTOS DE DOENÇAS CRÔNICAS**

**PORTO ALEGRE - RS**

**2018**

**Suelen Dal Bó**

**A MULTIDISCIPLINARIDADE E OS ESFORÇOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA UBS  
SÃO CAETANO DE CAXIAS DO SUL NO ESPECTRO DE PACIENTES COM  
BAIXA ADESÃO AOS TRATAMENTOS DE DOENÇAS CRÔNICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do certificado de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Giovana Bacilieri Soares

**PORTO ALEGRE – RS**

**2018**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>04</b>
<b>2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO .....</b>	<b>07</b>
2.1 RELATO DE CASO .....	07
2.2 DISCUSSÃO.....	09
2.3 CONCLUSÃO.....	11
<b>3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....</b>	<b>12</b>
3.1 RELATO DE CASO .....	12
3.2 DISCUSSÃO.....	13
3.3 CONCLUSÃO.....	16
<b>4 VISITA DOMICILIAR.....</b>	<b>17</b>
4.1 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE .....	17
4.2 REALIDADE LOCAL.....	18
4.3 RELATO DE CASO .....	20
4.4 CONCLUSÃO.....	21
<b>5 REFLEXÃO CONCLUSIVA .....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXO 2 – FLUXOGRAMA DE INGRESSO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL.....</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO:

Graduada em Medicina pela Universidade de Caxias do Sul (UCS), em agosto de 2016, ingressei no Programa “Mais Médicos para o Brasil” em fevereiro do ano seguinte. A partir de então, atuo como médica da Estratégia da Saúde da Família (ESF) da equipe três da Unidade Básica de Saúde (UBS) São Caetano, localizada no mesmo município de minha naturalidade e formação acadêmica. O interesse pela medicina de família guiou-me, desde o princípio, na tomada de decisões, nas quais sempre imperou o desejo em prestar assistência integral as pessoas, garantindo a longitudinalidade do cuidado e o fortalecimento do vínculo médico-paciente. Isso também contribuiu sobremaneira para minha decisão em interromper a graduação em Farmácia, depois de cursados cinco anos, para ingressar na faculdade de medicina.

Caxias do Sul está localizada na região nordeste do estado do Rio Grande do Sul, no sul do Brasil. A cidade é referência regional em diversos serviços como a saúde, educação, indústria (polo metalmeccânico) e agricultura e, por isso, é considerada a principal cidade do interior do estado e também o segundo maior município do estado com uma população estimada de 483.377 habitantes (IBGE, 2017).

Na atenção básica, a cidade conta com 47 Unidades Básicas de Saúde. Atualmente a Estratégia de Saúde da Família está implantada em 24 UBS do município, totalizando 41 equipes (ESF, 2017).

A UBS São Caetano, inaugurada em julho de 2010, é uma das 24 unidades que conta com o programa de Saúde da Família e está localizada na Rua Pixinguinha, número 2466, no bairro São Caetano (predominantemente urbano) em Caxias do Sul.

A unidade tem três médicos, três enfermeiros, nove agentes comunitários de saúde (ACS), oito técnicos de enfermagem, um dentista e um auxiliar de saúde bucal, além de três estagiários para serviços administrativos e duas higienizadoras. Além destes profissionais, atuam em menor carga horária uma ginecologista e, as profissionais que integram o Núcleo de Assistência a Saúde da Família (NASF): assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga. A comunidade conta periodicamente com o atendimento dos estudantes do internato de Medicina e dos cursos de Enfermagem e Psicologia.

A UBS conta com três equipes de saúde da família que atendem uma população de 10.050 pessoas (segundo dados do IBGE, 2010), sendo aproximadamente 49% homens e 51% mulheres. Todavia, dados internos – atualizados – apontam aproximadamente 16.000 usuários cadastrados na unidade. A população cadastrada pelos ACS, atualmente, é 2.918 pessoas. A

maior parcela da população do São Caetano encontra-se na faixa etária entre 20 e 39 anos (aproximadamente 39%) e apenas cerca de 8% das pessoas tem 60 anos ou mais (MUNIZ, 2017).

De um modo geral, a população possui condições financeiras razoáveis, domicílio próprio, disponibilidade de energia elétrica, coleta de lixo e saneamento de água. Por outro lado, algumas microáreas apresentam maior vulnerabilidade social com uma parcela da população de baixa renda, moradias precárias, pontos isolados de tráfico de drogas, violência doméstica, maus-tratos e/ou negligência com idosos, evasão escolar, gravidez precoce e infecções sexualmente transmissíveis na população jovem e, tudo isso constitui um desafio diário para a equipe de saúde.

As principais demandas em saúde nos atendimentos prestados resumem-se as doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, doenças respiratórias agudas e crônicas, lesões dermatológicas, queixas musculoesqueléticas e de saúde mental. Na UBS também são realizadas as consultas de puericultura e pré-natal, além dos atendimentos odontológicos e de urgências clínicas (representadas principalmente por crise hipertensiva, hiperglicemia, gastroenterite, crise asmática, enxaqueca, cólica renal, etc).

A comunidade do São Caetano conta com os seguintes recursos: (1) dois centros comunitários; (2) dois parques infantis com academias da terceira idade (ao ar livre); (3) um ginásio poliesportivo (construído com recursos oriundos dos Jogos Olímpicos 2016 e que futuramente abrigará a sede do Centro de Iniciação Esportiva); (4) dois centros de convivência para idosos; (5) grupos de convivência organizados pela própria comunidade com o apoio da UBS, citando-se o Grupo Alegria de Viver (doentes crônicos e idosos), Clube de Mães, artesanato, yoga, pilates, aulas de dança e ginástica; (6) Associação de Assistência Social; (7) centros religiosos diversos; (8) cinco escolas privadas de educação infantil e duas públicas; (9) uma escola municipal de ensino fundamental e uma escola municipal de ensino médio; (10) Centro de Referência de Assistência Social Sul (CRAS Sul). Não há casas asilares, restaurantes comunitários ou posto policial no território (MUNIZ, 2017).

A unidade básica de saúde oferece os seguintes grupos à comunidade: grupo de gestantes, grupo de hipertensos e diabéticos (hiperdia), grupo de fisioterapia e atividade física, grupo de antitabagismo, grupo de puericultura, grupo de emagrecimento e o grupo de Educação em Saúde nas escolas. Em breve, pretende-se implantar o grupo de saúde mental.

O presente portfólio apresentará o registro reflexivo das atividades desenvolvidas ao longo do Núcleo Profissional relacionadas ao estudo de casos clínicos complexos vivenciados na referida UBS. Além disso, também contará, ao final, com a apresentação do Projeto de

Intervenção (anexo 1) elaborado previamente. Este projeto foi proposto baseado na experiência e impressão profissional obtida pela prática de atendimentos na atenção básica da mesma unidade. Observou-se que as infecções sexualmente transmissíveis têm ressurgido fortemente no espectro de atendimentos clínicos e, dentre elas, a sífilis é a mais preocupante pelo seu potencial de complicações e pela sua ampla e deletéria transmissibilidade. A população mais acometida é de adolescentes e adultos jovens, os quais apresentam comportamentos de risco, possivelmente por ignorarem os atributos citados anteriormente e por ser uma doença por vezes assintomática. Mediante uma análise sucinta dos casos notificados de sífilis na UBS São Caetano, notou-se que a maioria dos pacientes não completa o tratamento e/ou não mantém o seguimento recomendado para garantir a cura da doença. Diante disso, o projeto de intervenção propõe-se a capacitar e qualificar a equipe de saúde (inclusive agentes comunitários) para reconhecimento e enfrentamento adequados da patologia bem como orientar a população quanto à importância da prevenção, mas também do diagnóstico precoce (e facilidade de acesso por meio dos testes rápidos) a fim de instituir o tratamento adequado e garantir, dessa forma, a cura.

## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

### 2.1 RELATO DE CASO

C.A.A.W, 34 anos, natural de Lages - Santa Catarina, com ensino médio incompleto, casada, desempregada, foi encaminhada para atendimento médico após apresentar sífilis reagente em teste rápido realizado pela enfermagem na UBS. Durante anamnese, a paciente referiu realizar periodicamente tais testes, pois havia trabalhado em uma casa noturna anteriormente. Na ocasião relatou utilizar preservativo nas relações extraconjugais e ter realizado laqueadura tubária prévia. A paciente havia percebido lesões ulcerosas na mucosa oral e genital há alguns dias. Além disso, relatava humor deprimido, anedonia, ansiedade, irritabilidade, tonturas e náuseas recorrentes, prejuízo do sono e da memória e episódios de dor torácica atípica, parestesia de membros superiores e sensação de sufocamento. Tais sintomas estavam presentes à longa data, porém com piora progressiva. Negava ideação suicida ou estar em uso de quaisquer medicamentos.

Paciente negava vícios e também qualquer tratamento prévio para sífilis. No entanto, referiu já ter tratado depressão. Informou o diagnóstico de diabetes mellitus na última gestação, quando apresentou glicemia de jejum 144mg/dl com aproximadamente oito semanas de gestação (informação retirada do prontuário). Negava hospitalizações prévias, mas aguardava cirurgia para retirada da vesícula biliar por colelitíase.

Ressaltou morar com o marido, com quem apresentava conflitos conjugais frequentes, e com os três filhos (16, 11 e 4 anos de idade), dois deles do seu casamento atual mantendo bom relacionamento com todos. Referia ter dois irmãos (26 e 36 anos de idade), porém mantinha-se distante de ambos. Além disso, com seu pai (hígido segundo ela), o qual reside em outra cidade, manifestou relação conflituosa desde o falecimento de sua mãe há cerca de 20 anos por acidente vascular encefálico (hipertensa e tabagista prévia com histórico de depressão).

Ao proceder à revisão do prontuário, observou-se que a paciente consultava frequentemente manifestando sintomatologia idêntica a acima relatada e não aderira aos tratamentos propostos, intercalando períodos de uso e desuso das medicações para o manejo da diabetes e do quadro psíquico em questão. Havia prescrições de fluoxetina 20mg, amitriptilina 25mg, clonazepam 0,25mg, metformina 850mg e glibenclamida 5mg. Paciente referia ter utilizado inclusive a insulina por curto período de tempo ao residir em outro município, prescrito ao apresentar episódio de hiperglicemia grave.

Ao exame físico, C.A.A.W apresentava-se em bom estado geral, porém apática e desconfortável com o resultado do exame sorológico, nenhuma alteração física aparente, ausculta cardiopulmonar normal, peso 63kg, altura 151cm, pressão arterial 120/80mmHg, saturação de oxigênio 98% e frequência cardíaca 68 bpm. Dessa forma, foram solicitados exames laboratoriais de controle e eletrocardiograma (ECG). A paciente foi encaminhada à psicoterapia e recebeu o tratamento para sífilis com penicilina benzatina 2,4 milhões UI. Ela foi orientada quanto ao tratamento do parceiro e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Ao retornar, no mês seguinte, observaram-se a alteração dos seguintes resultados: VDRL 1/64; glicemia de jejum 321; hemoglobina glicada 8,7%; colesterol LDL 101; glicosúria 3+. Os demais exames, inclusive o ECG estavam normais. Assim, se propuseram modificações no estilo de vida associadas ao uso adequado e contínuo da metformina 850mg três vezes ao dia, aumentados gradualmente para melhor aceitação. No mesmo dia, a paciente foi atendida pela psicóloga, que também integra o NASF, e optou por encaminhá-la ao psiquiatra com brevidade ao constatar um quadro depressivo moderado a grave.

A paciente retornou dois meses após com os exames: VDRL não reagente; hemoglobina glicada 9,2%; glicemia de jejum 287. A partir de um relato de uso irregular das medicações, reiterou-se a importância da adesão ao tratamento e da adoção de medidas saudáveis e orientou-se a manter a metformina e iniciar gliclazida 30mg MR aumentando-se gradualmente para dose máxima de quatro comprimidos ao dia. Além disso, visto não estar utilizando qualquer medicamento para a saúde mental, mantendo sintomatologia clássica e se recusando a utilizar a fluoxetina, optou-se pelo início da amitriptilina 25mg/dia.

C.A.A.W retornou três meses após com exames laboratoriais que demonstravam hemoglobina glicada de 8,8% e glicemia de jejum de 197. Na ocasião outro colega suspendeu a gliclazida e iniciou a insulina NPH 20UI manhã e 10UI à noite. A paciente retornou em dois meses relatando sintomatologia típica e não estava utilizando a insulina (por crise hipoglicêmica) e nem a amitriptilina. Ela então foi orientada a manter a metformina 850mg 3 comprimidos ao dia, gliclazida 30mg 4 comprimidos ao dia e retomar o uso da amitriptilina 25mg ao dia. A dose prescrita de insulina NPH ficou em 10 unidades ao deitar.

Por fim, novamente, ela foi orientada sobre a importância do tratamento para a depressão e diabetes e alertada quanto às complicações e os riscos inerentes da falta do tratamento proposto. A paciente comprometeu-se em aderir ao tratamento prescrito e foi convidada a participar dos grupos oferecidos na UBS. As consultas agendadas serão mais frequentes e o núcleo familiar será avaliado com o auxílio da equipe do NASF e da ACS do



território. A paciente retornará com o controle glicêmico para proceder aos ajustes nas doses de insulina e se reavaliará o aumento da dose do psicofármaco.

## 2.2 DISCUSSÃO

O caso escolhido aponta uma paciente jovem com perfil de usuária hiperutilizadora do serviço de saúde que se apresenta com queixas diversas e inespecíficas, sendo portadora de diabetes mellitus e depressão recorrente com episódios moderados a graves, ambas descompensadas em virtude da má adesão aos tratamentos propostos. A paciente apresentou também sífilis, que por sua vez, é uma doença infectocontagiosa sistêmica de evolução crônica e progressiva (se não tratada), com transmissão predominantemente sexual; assunto abordado detalhadamente no projeto de intervenção, junto ao anexo 1.

A depressão é evidenciada quando uma pessoa apresenta-se com humor deprimido ou em um estado de anedonia, por um período maior ou igual há duas semanas, associado a sintomas oriundos de alterações no comportamento, no apetite, no sono, na memória, no raciocínio e no teor dos pensamentos (culpa e/ou morte). Segundo Sadock e colaboradores (2017), o transtorno depressivo maior tem a prevalência mais alta (até 17%) de todos os transtornos psiquiátricos ao longo da vida. A prevalência é duas vezes maior em mulheres do que em homens e isso se deve as diferenças hormonais, aos estressores psicossociais e aos modelos comportamentais que são diferentes para ambos os sexos.

Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), alguns estudos comprovam a associação entre depressão e diabetes revelando elevada prevalência do transtorno psiquiátrico nestes indivíduos. Além disso, os estudos demonstram correlação positiva entre a gravidade do quadro depressivo e o mau controle glicêmico aumentando o risco de complicações e a mortalidade precoce.

Neste âmbito, a depressão passou a ser estudada inclusive como um dos possíveis fatores etiológicos do diabetes. Alguns estudos reportaram um risco de até 2,2 vezes maior de desenvolvimento do diabetes em pacientes com sintomas depressivos moderados ou graves. Uma possível explicação seria a hiperativação do eixo hipófise-adrenal relacionada à depressão, uma vez que níveis aumentados de catecolaminas estariam associados ao aumento da glicemia e intolerância a glicose (MOREIRA *et al*, 2003).

Duncan e colaboradores (2013) corroboram que a depressão é importante causa de morbidade e está associada à má adesão ao tratamento estando associada a piores desfechos cardiovasculares. Ressaltam que após o diagnóstico de depressão, uma das questões centrais a

ser avaliada é a possibilidade de o episódio depressivo ser sintoma de doença médica associada (por exemplo, diabetes) e recomendam que o clínico otimize o tratamento da doença clínica, reavalie a condição do paciente e trate a depressão maior como doença independente se ainda estiver presente.

O tratamento objetiva a remissão completa dos sintomas de depressão. No entanto, quanto mais longo é o período sintomático, menor é a chance de recuperação. O quadro depressivo moderado ou grave responde bem ao uso de fármacos antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos da recaptação de serotonina associado à psicoeducação (DUNCAN *et al*, 2013). De um modo geral, a escolha do medicamento é feita de forma individualizada. A duração do tratamento também varia conforme a apresentação clínica individual, porém em média é mantido por até 12 meses, com suspensão gradual do fármaco.

Por outro lado, o diabetes como entidade isolada constitui um sério problema de saúde e sua prevalência tem aumentado em proporções epidêmicas. A classificação etiológica inclui DM tipo 1 (autoimune ou idiopático), DM tipo 2, outros tipos específicos (tais como endocrinopatias, defeitos genéticos, induzido por medicamentos ou infecções, etc) e diabetes mellitus gestacional. Tradicionalmente, o diagnóstico baseia-se nos achados de hiperglicemia, poliúria, polidipsia, polifagia e perda ponderal. Alguns pacientes costumam ser assintomáticos ou apresentam sintomas inespecíficos como tontura, dificuldade visual, astenia, câibras, vulvovaginites de repetição e disfunção erétil (BANDEIRA, 2018).

O diagnóstico laboratorial baseia-se nos achados: hemoglobina glicada  $\geq 6,5\%$  ou glicemia de jejum  $\geq 126\text{mg/dl}$  ou glicemia de 2h  $\geq 200\text{mg/dl}$  durante o teste oral de tolerância à glicose 75g ou glicemia de 2h  $\geq 200\text{mg/dl}$  em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia. Segundo Milech e colaboradores (2016), no caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia.

O primeiro passo terapêutico se baseia em modificações do estilo de vida, tais como controle de peso por dieta e prática de atividade física. Nesta etapa o apoio multiprofissional se faz necessário. Se o paciente não atingir a meta glicêmica em até três meses, deve-se prescrever hipoglicemiante oral (geralmente a metformina). Se as metas de controle não forem alcançadas após 3 a 6 meses de uso de metformina, deve-se associar uma sulfonilureia (alternativas a esta são, em geral, mais caras e indisponíveis na rede básica do município). Se mesmo assim o controle metabólico não for alcançado, deve ser considerada uma terceira medicação que, frequentemente, é a insulina de ação intermediária – NPH. A metformina e as sulfonilureias podem ser mantidas por resultarem em necessidade de doses menores de

insulina, porém as sulfonilureias devem ser suspensas se doses altas de insulina forem necessárias ou na presença de hipoglicemia (DUNCAN *et al*, 2013).

A partir daí inicia-se com uma dose noturna de NPH (10-15U ou 0,2U/kg/dia nos pacientes obesos). O ajuste das doses de insulina é gradativo e dependerá das glicemias capilares do jejum, antes do almoço, do jantar e ao deitar. Conforme os resultados deve-se acrescentar uma segunda dose de NPH e, se a hemoglobina glicada ainda continuar acima da normalidade, é necessário testar os níveis glicêmicos pós-prandiais e ajustar doses com a insulina rápida pré-prandial (MILECH *et al*, 2016).

O profissional deve estar atento às metas glicêmicas, pressóricas e das taxas-alvo do lipidograma, bem como ao rastreamento de nefropatia, retinopatia e neuropatia diabética, instituindo fármacos para prevenção primária ou secundária, quando se faz necessário. Logicamente, casos complexos devem ser referenciados ao especialista.

### 2.3 CONCLUSÃO

Ao revisar o prontuário clínico da paciente observou-se que, ao longo dos seis anos de acompanhamento, houve extrema dificuldade em se estabelecer um vínculo entre ela e a equipe de saúde. A paciente possui patologias extremamente comuns do território e com potencial para complicações se não tratadas adequadamente. A recusa em aderir aos tratamentos e a elevada taxa de reconsultas expõe sobremaneira um contexto de vida desorganizado e revela as dificuldades sociais, especialmente a instabilidade do núcleo familiar em que se encontra.

Vale ressaltar que estudos têm demonstrado maior prevalência de transtornos mentais entre os hiperutilizadores de serviços de saúde, dentre eles, pessoas com sintomas depressivos. Estimativas apontam que pessoas com depressão recebem até quatro vezes mais atendimento médico não psiquiátrico, porém a taxa de indivíduos com a doença não diagnosticados chega a 50% (CARVALHO *et al*, 2015). Diante disso, este perfil de paciente exige total parcimônia na abordagem terapêutica.

Conforme a elucidação de Lopes (2007) torna-se necessário entender a pessoa como um todo e elaborar um projeto comum de manejo em que o paciente torna-se pró-ativo e participativo na construção de um plano terapêutico ao definirem-se conjuntamente os problemas e as prioridades, os objetivos do tratamento e os papéis de cada um neste processo. O intuito é estabelecer e fortalecer o vínculo médico-paciente. O envolvimento da equipe de saúde é fundamental e deve esforçar-se para o bem-estar e a recuperação da paciente.

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

#### **3.1 RELATO DE CASO**

A.S.R.A.S, sexo feminino, 43 anos de idade, auxiliar de serviços gerais, casada, natural de Santarém - estado do Pará, portadora de hipertensão arterial sistêmica crônica (em uso irregular da medicação losartana 50mg) e obesidade grau 3, descobriu sua quinta gestação tardiamente, com aproximadamente 28 semanas calculada pela data da última menstruação. Ela contabilizava três cesareanas e um parto vaginal anterior; e, havia desenvolvido pré-eclâmpsia nas duas últimas gestações e diabetes mellitus na atual gravidez. Por isso, realizou todo o pré-natal no ambulatório de alto risco de Caxias do Sul.

O nascimento do quinto filho, D.A.S, sexo masculino, ocorreu no Hospital Geral do município em setembro do ano de 2017. Ele nasceu por parto cesáreo, prematuro com 35 semanas de idade gestacional, 2750g de peso, 35cm de perímetro cefálico e 48cm de comprimento. Recém-nascido com APGAR 5 (primeiro minuto) e 9 (quinto minuto), hipotônico e hemodinamicamente instável permaneceu internado em unidade de terapia intensiva neonatal por 23 dias, período em que apresentou quadro de disfunção respiratória, sepsis neonatal precoce, hipertensão pulmonar e crise convulsiva em decorrência da hemorragia intracraniana grau II evidenciada em ecografia transfontanelar.

Após a alta hospitalar, lactente manteve acompanhamento com neurologista pediátrico no ambulatório especializado e iniciou a puericultura na UBS São Caetano. A primeira consulta médica foi com 39 dias de vida e na ocasião foram realizadas as medidas antropométricas (peso 3375g, perímetro cefálico 36cm, estatura 55cm) e realizado exame clínico geral. A criança estava em aleitamento materno e utilizava fórmula infantil complementar. Além disso, utilizava o medicamento fenobarbital 40mg/ml doze gotas ao dia e realizava fisioterapia motora desde a alta hospitalar. Nesta consulta, foi iniciada a suplementação com sulfato ferroso 25mg/ml seis gotas ao dia (ou seja, 2mg/kg/dia) e da associação das vitaminas A e D (50.000UI+10.000UI/ml, apresentação fornecida na rede básica municipal) duas gotas ao dia.

Na segunda consulta, o lactente estava com dois meses e quatro dias de idade cronológica e apresentava as seguintes medidas: peso 4390g, perímetro cefálico 38cm e estatura 56cm. Neste momento, o fenobarbital estava sendo retirado gradualmente por

orientação do especialista, visto sua rápida e satisfatória evolução clínica. Procedeu-se com o aumento da dose de sulfato ferroso para oito gotas ao dia.

A terceira consulta foi aos quatro meses e sete dias de idade cronológica e as medidas eram as seguintes: peso 5510g, perímetro cefálico 42cm e estatura 66cm. Nesta avaliação a criança não estava mais em uso de fenobarbital e o sulfato ferroso foi aumentado para 11 gotas ao dia. A mãe foi orientada a participar do grupo de puericultura oferecido na UBS.

A última consulta foi realizada pela enfermeira aos cinco meses e dez dias de idade e as medidas observadas foram: peso 7245g, estatura 66,5cm e perímetro cefálico 43cm. Sem intercorrências registradas no prontuário e procedidas orientações gerais.

Em todas as consultas de puericultura, o lactente apresentava-se ativo, em bom estado geral, assintomático, hidratado e normocorado. Inicialmente ainda com discreta hipotonia, no entanto fontanelas normais e reflexos preservados para o período específico, restabelecendo o tônus muscular conforme se reavaliava periodicamente. Além disso, a criança não apresentou novos episódios convulsivos desde a alta hospitalar. O exame clínico dos aparelhos cardiovascular e pulmonar, abdome e genital não apresentavam alterações. O desenvolvimento neuromotor da criança progrediu satisfatoriamente com o apoio da equipe de neurologia pediátrica e da fisioterapia e o lactente cumpre até o momento todos os marcos de desenvolvimento para a idade, apesar de um atraso esperado, porém aceitável visto sua prematuridade e condição clínica de início apresentada. Procurou-se abordar nas consultas assuntos pertinentes de cada período, tais como, alimentação e importância do aleitamento materno, medidas de higiene, prevenção de acidentes e infecções, atualização vacinal, planejamento familiar e suplementação conforme protocolos vigentes.

### 3.2 DISCUSSÃO

Historicamente o perfil de morbimortalidade no Brasil definiu a população infantil como prioritária para as ações de saúde. A partir da mudança do modelo tecnoassistencial, representada por ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura das equipes de Estratégia de Saúde da Família e a organização de uma rede de assistência integral à gestante e ao recém-nascido, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 13,8 em 2015 (BRASIL, 2012; IBGE, 2018).

No município de Caxias do Sul, a taxa de mortalidade infantil média é de 12,15 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos, conforme dados do IBGE do ano de 2015. Comparado com todos os municípios do estado, a cidade fica na posição 160 de 497.

Conforme o Plano Municipal do município de Caxias do Sul (2014-2017), o Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente junto à Secretaria Municipal da Saúde (SMS), tem por missão garantir o cuidado integral à saúde de ambos por meio de ações de promoção em saúde e prevenção de agravos, as quais são desenvolvidas e implantadas mediante as seguintes políticas: Rede Cegonha, Programa Acolhe Bebê, Teste da Orelhinha, Teste do Coraçãozinho, Programa de Estímulo e Apoio ao Aleitamento Materno, Programa de Olho no Risco, Projeto Saúde e Prevenção na Escola, Programa Primeira Infância Melhor, Programa do Egresso hospitalar, Programa de Saúde do escolar e caderneta de saúde do adolescente.

Em suma, a atenção à saúde da criança deve se estruturar em ações de prevenção de doenças com propostas dirigidas à aquisição de hábitos de vida saudáveis e nas ações que possibilitem a incorporação de conhecimentos sobre o processo de saúde/doença. Além disso, sabe-se que muitas doenças do adulto têm origem na infância, por isso, a promoção de um estilo de vida saudável é considerada como principal meio para prevenir doenças crônicas do adulto (GUSSO & LOPES, 2012).

Por ocasião da puericultura, acompanham-se periodicamente as crianças para avaliação do seu crescimento e desenvolvimento e identificação precoce dos agravos, com vistas à intervenção efetiva e apropriada.

O crescimento é um dos principais indicadores de saúde da criança, por isso, o registro das informações obtidas pelos diferentes profissionais durante o atendimento, em prontuário clínico e caderneta da criança, tem importância fundamental. Não pode faltar a anotação dos dados de peso, altura e perímetro cefálico (nos menores de dois anos), os quais deverão ser aferidos nos gráficos de crescimento. A altura para a idade é o melhor indicador de crescimento da criança e, no Brasil, representa o déficit antropométrico mais importante (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012).

Sabidamente, o atendimento deve ser diferenciado de acordo com as necessidades de cada criança, conforme o princípio da equidade. No município de Caxias do Sul, o programa “de Olho no Risco” foi criado em 2005 e tem por objetivo identificar e monitorar crianças em situações de risco atendidas na rede básica de saúde. Estas crianças devem ser priorizadas

para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde, ou seja, captação precoce, busca ativa para manutenção do calendário de consultas de puericultura e avaliação para assistência especial com retornos mais frequentes e outros cuidados que a criança necessite, incluindo ações intersetoriais (SMS, 2018).

Em geral, considera-se recém-nascido de alto risco, dentre outras características se história de prematuridade; baixo peso ao nascer; infecções congênitas; internação após a alta materna; criança indesejada; mãe sem suporte familiar; drogadita; menor de idade; com distúrbio psiquiátrico; moradora de área social de risco. No entanto, pode haver variabilidades conforme aspectos epidemiológicos e sócio-demográficos (GUSSO & LOPES, 2012).

A triagem neonatal compõe uma das ações preventivas de suma importância para a saúde da criança, visto rastrear patologias e permitir o manejo adequado precocemente. A triagem é composta pelos testes do pezinho, olhinho, coraçãozinho e orelhinha.

A triagem metabólica, por sua vez, é realizada, preferencialmente, entre o 3º e 5º dia de vida do recém-nascido na UBS de referência, conforme o agendamento do Programa Acolhe Bebê. Já a triagem de cardiopatia congênita, ou teste do coraçãozinho foi implantado em todas as maternidades de Caxias do Sul a partir de março de 2014, e o resultado deve ser registrado na caderneta de saúde da criança na ocasião da alta hospitalar (SMS, 2018).

Outra medida que visa à prevenção de agravos de saúde na criança é a suplementação nutricional profilática através da utilização de ferro e das vitaminas A, D e K. A vitamina K é administrada ao nascer como profilaxia contra a doença hemorrágica neonatal. A suplementação de ferro objetiva a prevenção da anemia ferropriva em lactentes e deve ser mantida até os dois anos de idade. As doses variam conforme a idade gestacional, o peso e a alimentação da criança. A suplementação com megadoses de vitamina A é recomendada para populações de risco, em especial na região norte do Brasil. E, por fim, a recomendação para suplementação profilática de vitamina D é para crianças que apresentem os seguintes fatores de risco: prematuridade, pele escura, exposição inadequada à luz solar e filhos de mães vegetarianas estritas que estejam sendo amamentados (BRASIL, 2012).

Orientações adicionais que devem ser prestadas rotineiramente aos cuidadores das crianças nas consultas de puericultura dizem respeito à prevenção de doenças respiratórias (lavagem das mãos), prevenção de morte súbita (posição supina para dormir), prevenção de acidentes (quedas, choques elétricos, ingestão de substâncias, mordidas de animais, afogamento, queimadura, acidentes de trânsito, etc); além da importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, bem como cumprir o calendário de imunizações e manter a suplementação nutricional conforme prescrição médico e protocolos vigentes.

### 3.3 CONCLUSÃO

O relato descrito mostra a importância do cuidado integral a saúde da família e um desfecho positivo quando a rede de saúde é efetiva e resolutiva. Descreveu-se o caso de uma mulher de 43 anos, obesa, hipertensa prévia descompensada (por baixa adesão ao tratamento farmacológico) que descobriu a gestação tardiamente e que ao desenvolver também um diabetes mellitus gestacional, foi prontamente encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco do município. O nascimento do seu quinto filho ocorreu neste mesmo serviço de referência e foi conduzido aos cuidados intensivos iniciando precocemente o manejo das complicações oriundas das comorbidades maternas. Após a alta hospitalar, a criança manteve o acompanhamento com especialista e iniciou a puericultura na UBS São Caetano. A criança recebeu o selo vermelho “de olho no risco” e procederam-se as verificações do estado vacinal, triagem neonatal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento com base nas medidas antropométricas e observância nos gráficos. Deu-se início a suplementação nutricional conforme protocolos vigentes e o aleitamento materno foi incentivado em todas as consultas.

Além disso, estimulou-se a participação da mãe e do bebê no grupo de puericultura com o intuito de fortalecer o vínculo da família à unidade básica de saúde. Neste grupo participam diversos profissionais que integram o NASF e abordam diversas questões acerca da saúde da criança, dentre as quais aleitamento materno, introdução de alimentos, retorno ao trabalho, higiene bucal, desenvolvimento neuromotor, dentre outros tópicos relevantes.

A puericultura é uma importante estratégia de promoção à saúde, prevenção a agravos e educação em saúde desde o início da vida. Conforme os autores Gusso & Lopes (2012), o desafio de abordar a saúde da criança aponta para a necessidade de priorizar as necessidades de saúde e as situações de risco mais importantes, entendendo-as nos contextos de vida de cada um e identificando as potencialidades de saúde da comunidade onde essa criança vive. O acompanhamento das crianças pela Unidade de Saúde constitui, portanto, um dos procedimentos importantes para a redução do coeficiente de mortalidade infantil e para que as crianças possam alcançar uma melhor qualidade de vida.

A referida criança retornou aos cuidados da atenção primária em saúde e sua classificação de risco garantirá o acompanhamento mais frequente possibilitando o diagnóstico precoce de agravos e ações de promoção e prevenção. O objetivo será futuramente oportunizar o atendimento às questões de saúde dos demais membros da família.



## 4 VISITA DOMICILIAR

### 4.1 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE

O cuidado prestado às pessoas doentes no próprio domicílio é uma prática que remonta a antiguidade. Hipócrates, o “Pai da Medicina”, já descrevia a eficiência de atender-se no domicílio, visto que tal cuidado propiciava um bom êxito (AMARAL *et al*, 2001).

Cunha & Gama (2012) afirmaram em seu artigo que no Brasil, o enfoque da intervenção domiciliária foi introduzido no início do século XX, a partir da colaboração de Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Carlos Chagas. Naquela época, a visita domiciliar constituiu uma estratégia no combate às doenças transmissíveis. Desde a década de 1990, os esforços para a efetivação de um novo modelo de atenção à saúde tornaram esta prática indispensável no Brasil.

Neste ínterim, para a Estratégia de Saúde da Família, a visita domiciliar estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar. Dessa forma, a atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS. Ainda neste contexto, o NASF é uma estratégia que busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada no cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção e colaborando para a integralidade do cuidado aos usuários (BRASIL, 2012; CUNHA & GAMA, 2012).

Segundo Amaral e colaboradores (2001), a Atenção Domiciliar à Saúde caracteriza-se por objetivar diversos benefícios, tais como: humanização do atendimento; maior rapidez na recuperação do paciente; diminuição no risco de infecção hospitalar; otimização de leitos hospitalares para pacientes que deles necessitem; redução do custo/dia da internação; tranquilidade do paciente por estar perto de seus familiares; prevenção e minimização de eventuais sequelas; e, redução de internações por recidivas.

No entanto, a atenção domiciliar e a assistência domiciliar à saúde são atividades com diversos aspectos em comum, mas diferenciam-se na prática. A atenção domiciliar à saúde diferencia-se por constituir uma modalidade ampla que envolve as ações de promoção à saúde em sua totalidade, incluindo a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, que influenciam o processo saúde-doença dos indivíduos, além de envolver ações preventivas e assistenciais das outras categorias que engloba: atendimento, internação, vigilância e acompanhamento domiciliar (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

A visita domiciliar, popular “VD”, configura-se como uma das modalidades da atenção domiciliar à saúde, abrangendo a atenção, o atendimento e a internação domiciliares. Cada uma dessas atividades tem finalidades, objetivos e práticas específicas. A visita fornece subsídios para a execução das demais modalidades (CUNHA & GAMA, 2012).

A visita domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que viabiliza o cuidado as pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde. É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

Na visita domiciliar o atendimento adequa-se às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares e propicia a estes, a participação ativa no processo saúde-doença. Além disso, é capaz de estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado.

#### 4.2 REALIDADE LOCAL

A UBS São Caetano é composta por três equipes de estratégia de saúde da família. O agendamento das visitas domiciliares é realizado mediante a solicitação do próprio paciente, dos familiares, do cuidador e/ou a partir de algum integrante da equipe de saúde. Cabe ressaltar a importância do agente comunitário de saúde que participa ativamente deste processo ao identificar as necessidades dos usuários do território, compartilhando o caso com a equipe e procedendo ao agendamento, se cabível.

Os pacientes que recebem a visita da equipe são, na sua maioria, aqueles que necessitam de atendimento profissional a sua saúde, mas devido determinada condição clínica não podem se dirigir a unidade básica. Observam-se casos de pacientes acamados ou cadeirantes, usuários de oxigênio domiciliar, portadores de doenças crônicas debilitantes ou degenerativas, sequelas neuromotoras, distúrbios psiquiátricos, dentre outras patologias que geralmente são avaliadas em equipe e decididas conjuntamente.

Em geral, são marcadas até cinco visitas por semana para cada equipe, as quais ocorrem nas segundas-feiras (equipe 01), nas quartas-feiras (equipe 02) e nas sextas-feiras (equipe 03), no turno da tarde. Comumente, o paciente recebe a visita do médico, do agente comunitário de saúde do seu território e do enfermeiro ou técnico de enfermagem. Nem todas as ocasiões exigem a presença do médico.

A gestão das visitas domiciliares é da própria equipe de saúde. A partir da avaliação clínica, o paciente poderá ser incluído no Serviço de Assistência Domiciliar do município. Este serviço é oferecido à população caxiense pela Secretaria Municipal da Saúde com o objetivo de orientar e adaptar a família à nova realidade de saúde do usuário que, em casa vai adquirir a autonomia do cuidado. Atua, neste serviço, uma equipe multiprofissional (médico, de enfermagem, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, e assistência social), conforme a necessidade do paciente, pelo período necessário para que a saúde seja restabelecida ou estabilizada.

Conforme protocolo interno da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul, a inclusão do usuário dependerá da solicitação formal da equipe de saúde, da UBS ou do hospital e do cumprimento dos seguintes critérios: (1) residir na área de abrangência do atendimento e possuir o cartão nacional de saúde do município; (2) possuir vínculo com a UBS; (3) existência de cuidador; (4) ser dependente total para locomoção e/ou necessitar do uso contínuo de infusões parenterais; (5) demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio.

Além disso, ainda conforme protocolo, o paciente deve apresentar pelo menos uma das seguintes situações: dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; necessidade frequente de exames de laboratório; adaptação ao uso de traqueostomia, órteses/próteses, sondas e ostomias; situações específicas de pós-operatório; reabilitação nas situações de deficiência permanente ou transitória; necessidade de atenção nutricional; necessidade de cuidados paliativos; administração de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido.

Quando solicitado pela UBS de referência, a equipe responsável deve realizar visita domiciliar antes do encaminhamento e informar a descrição das condições de habitação e acesso, situação familiar/cuidador, condições de saúde e necessidades de cuidados no domicílio. O médico preenche um formulário informando o diagnóstico atual e a justificativa para o serviço de atenção domiciliar. O anexo 2 demonstra o fluxograma deste serviço.

Os critérios de inclusão e alta da assistência domiciliar dependerão da capacidade das equipes para responder às demandas das pessoas atendidas, estando relacionados com as prioridades de atuação decididas pela equipe, com a população da área de abrangência, o número de pessoas, o perfil epidemiológico, e recursos disponíveis (BRASIL, 2003).

### 4.3 RELATO DE CASO

S.K.N.A, 63 anos, sexo feminino, divorciada, três filhos (38, 30 e 24 anos), formada em direito (advogada, fora do exercício) enfrenta inúmeras dificuldades no seu dia-a-dia. Ela mora em uma casa simples de alvenaria alugada com dois quartos, sala, cozinha, banheiro e área de serviço juntamente com seu companheiro “Falconi” (um cachorro da raça boxer). Na casa ao lado, reside seu filho de 30 anos e sua nora. A casa carece de cuidados e limpeza sendo que depende da boa vontade de vizinhos para os cuidados básicos. A situação socioeconômica é desfavorável.

A paciente em questão apresenta um relacionamento conflituoso com os filhos, dois dos quais não tem contato e um deles que é responsável apenas para garantir a sua sobrevivência, ou seja, prover alimentos, vestuário e moradia.

S.K.N.A é usuária de cadeira de rodas em virtude das sequelas neuromotoras em hemisfério direito provenientes de um acidente vascular encefálico isquêmico ocorrido em janeiro do ano de 2016. Além disso, é portadora de um quadro depressivo e das patologias hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, inclusive com complicações vasculares, renal e ocular secundárias ao mau-controle metabólico e pressórico.

Realizam-se visitas domiciliares regularmente, em geral, uma a duas vezes por mês. Infelizmente, a paciente não apresenta boa adesão aos tratamentos propostos pela equipe de saúde, seja farmacológico ou não. Ou seja, os medicamentos são administrados ou até interrompidos por conta própria, inclusive a insulina; ela não participa dos grupos da comunidade, das atividades de lazer e não pratica atividades físicas e fisioterápicas, mesmo perante a insistência da equipe e com as barras de apoio no seu domicílio. Os hábitos alimentares são desregrados.

Os medicamentos prescritos atualmente são os seguintes: fluoxetina 20mg (4 ao dia), sinvastatina 20mg (1 ao dia), AAS 100mg (1 ao dia), enalapril 10mg (4 ao dia), anlodipino 5mg (2 ao dia), insulina NPH (30UI ao dia) e regular (5UI antes das refeições). No entanto, o uso é irregular, em geral uma tomada ao dia e a insulina é administrada com doses variáveis e pouco realizada, pois a paciente extraviou recentemente o glicosímetro e tem receio do uso e das complicações.

Os últimos exames laboratoriais da paciente apresentaram alterações importantes, seguem alguns resultados: hemoglobina glicada 10%; glicemia de jejum 261; creatinina 1,71; ureia 73; microalbuminúria 6.807,10; colesterol total 365.

O caso é discutido rotineiramente com a equipe de saúde e com o NASF. A paciente recebe visitas regularmente de uma equipe multiprofissional, no entanto, os esforços têm surtido efeitos mínimos. A usuária persiste num estilo de vida desregrado, com má adesão aos tratamentos e com fraca rede de apoio familiar. Além disso, a paciente não cumpre critérios para ser incluída no Serviço de Atenção Domiciliar do município.

Até o momento, os esforços tem sido unilaterais e, recentemente, devido às complicações de saúde da paciente, ela tem sido encaminhada para níveis de cuidado especializados. Por outro lado, um parecer da equipe será registrado no Serviço de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por situação de negligência ao idoso, o qual posteriormente será dirigido aos órgãos competentes. Logicamente, a equipe de atenção primária à saúde manterá o acompanhamento domiciliar a esta paciente e os esforços continuarão para prover o essencial e garantir uma vida digna a idosa.

#### 4.4 CONCLUSÃO

A assistência prestada por meio da visita domiciliar constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família *in loco*, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (CUNHA & GAMA, 2012).

Neste contexto, cabe lembrar que a abordagem integral faz parte da assistência domiciliar por envolver diversos fatores no processo saúde-doença da família. Modifica-se, portanto, a função do profissional da saúde, que já não se destina somente para curar enfermidades, e sim cuidar a saúde, tendo em conta a pessoa doente em seu contexto vital. Ao profissional de saúde que se insere na dinâmica da vida familiar cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele convívio humano (BRASIL, 2003).

Giacomozzi & Lacerda (2006) observam que assistência domiciliar à saúde vem transpor as práticas institucionalizadas da saúde, pois visa construir uma nova ação profissional com base na inserção dos profissionais de saúde no local de vida, interações e relações dos indivíduos, principalmente em seu domicílio. A incorporação do atendimento domiciliar à saúde aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, quando o espaço-domicílio das famílias e comunidades passa a ser considerado e, assim, a família e seu contexto tornam-se alvos estratégicos de investigação para a Estratégia de Saúde da Família.

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

A prática profissional no âmbito da Atenção Primária a Saúde na UBS São Caetano aliada ao curso de Especialização em Saúde da Família proporcionou um engrandecimento pessoal imenso.

O profissional recém-formado na medida em que inicia sua vida profissional é exposto a uma avalanche de situações que afloram a insegurança e o medo do desconhecido. A realidade mostra-se cruel por repetidas vezes e se percebe que todo o arsenal teórico da graduação não é fidedigno ao mundo real.

A vivência diária na saúde pública proporciona um crescimento pessoal e profissional importantes. Uma gama de atendimentos diversificados estimula o raciocínio clínico seja da área cardiovascular, respiratória, genitourinária, digestiva, endocrinológica, musculoesquelética, neurológica ou psíquica. O profissional da atenção básica, em especial o médico de família, atenderá queixas diversas numa população de todo gênero e faixa etária sendo o primeiro a ser procurado nas demandas de saúde do indivíduo. Por isso, influenciará rotineiramente comportamentos e atitudes na comunidade.

O médico torna-se responsável por uma parcela da população de um respectivo território e esta responsabilidade não se restringe apenas a saúde física do indivíduo. Notadamente é um momento em que o profissional precisa ter uma visão abrangente de todo o contexto bio-psico-social, pois atuará constantemente na promoção de saúde da comunidade com o intuito de prevenir os principais agravos.

Por vezes fatores burocráticos se refletem num sistema de saúde em crise e isso prejudica a boa atuação dos profissionais, pois os recursos humanos e financeiros são escassos, faltam insumos básicos e a infraestrutura de trabalho é por vezes precária. Percebe-se, na atualidade, que o número de atendimentos tem se tornado mais importante do que a qualidade dispensada a eles. No entanto, o profissional que resiste às intempéries esforça-se pelo bem do menos favorecido e luta para colocar em prática toda a essência do sistema único de saúde e seus princípios doutrinários.

A realização do projeto de intervenção, inicialmente, chamou a atenção para um problema importante de saúde pública. As doenças sexualmente transmissíveis têm ressurgido com força, em especial a sífilis. É alarmante observar que o uso do preservativo numa relação casual tem sido esquecido e, acima de tudo, a ignorância da população frente a todo o espectro de complicações de uma patologia que é facilmente diagnosticada e curada com um tratamento extremamente simples e disponível.

Por outro lado, o trabalho de conclusão evidenciou algumas situações que são extremamente comuns nos atendimentos da atenção básica. Pacientes hiperutilizadores dos serviços, portadores de patologias crônicas com potencial para complicações diversas e que não aderem facilmente aos tratamentos.

Os casos relatados neste trabalho assemelham-se aos estudados no ambiente virtual de aprendizagem. A complexidade dos casos é evidenciada ao abordar o quadro clínico de cada paciente e suas particularidades. Em comum, patologias prevalentes na comunidade: hipertensão, diabetes e distúrbios psiquiátricos; e, em paralelo a instabilidade dos relacionamentos familiares, a dificuldade em aderir aos tratamentos somam-se a um estilo de vida desregrado e hábitos incompatíveis com uma vida saudável.

O modo de agir frente a estas situações tornou-se mais fácil no decorrer desta especialização. Isso se deve a todo o conhecimento adquirido desde os aspectos históricos da saúde pública, legislações e normas técnicas, aspectos da epidemiologia e as evidências científicas, dados/indicadores de importância e a forma com que podem ser utilizados. O conhecimento por fim foi sedimentado na segunda parte do ensino quando proporcionou um momento para atualização científica das principais situações de atendimento do dia-a-dia.

Em suma, este trabalho é um demonstrativo fidedigno dos atendimentos vivenciados na Unidade Básica de Saúde São Caetano do município de Caxias do Sul. Diariamente o profissional é exposto a diversas situações das mais simples às mais complexas, mas cada paciente é único e traz consigo uma história que não deve ser menosprezada. O profissional que atua na atenção básica deve esforçar-se diariamente em auxiliar o paciente nas suas demandas de saúde, independente do momento atual adverso; mas deve também contribuir pela melhora da saúde pública do país e isto se dará pelo exemplo próprio e pela perseverança de cada um. Habituar-se a não restringir o atendimento ao binômio queixa-conduta, ao contrário, garantir o vínculo com o paciente e valorizar o contexto familiar e social para expandir as formas de atuação e auxílio reduzindo o número de usuários hiperutilizadores e desmotivados para uma vida saudável.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARAL, Nilceia Noli et al. **Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care):** sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. Rev. Neurociências 9(3): 111-117, 2001. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf>>. Acesso em 16 abr. 2018.

BANDEIRA, Francisco. **Protocolos clínicos em endocrinologia e diabetes.** 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde.** Organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2 v.

CARVALHO, Iana Pires do Amaral; CARVALHO, Cesar Gattermann Xavier; LOPES, José Mauro Ceratti. **Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015; 10 (34):1-7. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/957>>. Acesso em 20 jan. 18.

CUNHA, C.L.F; GAMA, M.E.A. **A visita domiciliar no âmbito da Atenção Primária em Saúde.** Publicado em Malagutti W (organizador). Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336 pp.

DUNCAN, Bruce et al. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseada em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. xxiv, 1952 p.

ESF – Estratégia de Saúde da Família. Secretaria da Saúde: Prefeitura de Caxias do Sul. Disponível em: <<https://www.caxias.rs.gov.br/saude/texto.php?codigo=313>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 645-53. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000400013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000400013&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 16 abr 2018.



GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v.

IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/caxias-do-sul/panorama>>. Acesso em 18 dez. 2017.

IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/caxias-do-sul/panorama>>. Acesso em 05 mar .2018.

LOPES, José Mauro Ceratti. **Abordagem Centrada na Pessoa**. PROMEF. Ciclo 2 – Módulo 1. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MILECH, Adolfo et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

MOREIRA, Rodrigo O. et al. **Diabetes mellitus e depressão**: uma revisão sistemática. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 19-29, Fev. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302003000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 Jan. 2018.

MUNIZ, Léia Fernandes. **Diagnóstico Situacional das Unidades Básicas de Saúde Alvorada, Esplanada, Salgado Filho e São Caetano**. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul: SMS. Território Região Sul. 31 out 2017.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott; RUIZ, Pedro. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11ed – Porto Alegre: Artmed, 2017.

SMS de Caxias do Sul – Saúde da Criança. Capítulo 3 – **O acompanhamento da criança**. Protocolo interno distribuído às UBS, 2018.

SMS de Caxias do Sul – Saúde da Criança. Capítulo 4 – **Programas e ações de promoção da saúde e prevenção de agravos**. Protocolo interno distribuído às UBS, 2018.

ZEM-MASCARENHAS, Silvia Helena; BARROS, Ana Claudia T. **O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):45-54.

Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a06.htm>>. Acesso em 16 abr 2018.

**ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS**

**Suelen Dal Bó**

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE SEXUAL COM ÊNFASE NA SÍFILIS  
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO CAETANO**

**CAXIAS DO SUL**

**14 DE OUTUBRO DE 2017**

## RESUMO

Caxias do Sul é um município de cerca de 479 mil habitantes, considerado o segundo maior do estado do Rio Grande do Sul, referência em atendimento à saúde para 48 municípios da macrorregião da serra gaúcha. Na área da atenção básica, conta com 47 Unidades Básicas de Saúde (UBS). A UBS São Caetano é uma das 23 unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e abrange uma população de aproximadamente 16 mil pessoas. A prática profissional neste serviço mostrou um crescente número de atendimentos para manejo agudo de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), dentre elas a sífilis. Além disso, observou-se que os pacientes geralmente não completam o tratamento e/ou não mantêm o seguimento desta patologia. A sífilis, por sua vez, é uma doença sistêmica crônica, prevenível, causada pelo *Treponema pallidum* e transmitida principalmente pelas vias sexual e vertical. A doença alterna períodos sintomáticos e assintomáticos (latência) e é classificada conforme as características clínicas e histopatológicas em primária, secundária e terciária. O diagnóstico inicial pode ser realizado por meio de teste rápido oferecido na própria UBS e o tratamento, em geral, é feito com a penicilina G benzatina. No entanto, como a infecção não torna a pessoa imune, é imprescindível garantir a cura por meio de acompanhamento clínico e reforçar constantemente as medidas de autocuidado. Diante disso, este projeto de intervenção tem por objetivo qualificar a equipe de profissionais da UBS São Caetano para o reconhecimento e manejo adequados da sífilis com o intuito de fortalecer o vínculo com o usuário e auxiliar nas ações de prevenção. O plano de ação se desenvolverá entre os meses de março a agosto do ano de 2018 por meio da busca ativa e avaliação clínica dos pacientes notificados com sífilis nos anos de 2016 e 2017 na referida UBS, capacitação dos profissionais de saúde mediante palestras com a exposição de material didático, além da elaboração de banner e panfletos para divulgação nas escolas e nos grupos da comunidade. A prevenção da sífilis é um desafio ao sistema de saúde, no entanto ações se fazem necessárias diante do espectro de complicações oriundas de uma doença subdiagnosticada e subtratada na atualidade.

**Palavras-chave:** IST. Sífilis. Tratamento. Acompanhamento. Prevenção.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>04</b>
<b>2 PROBLEMA .....</b>	<b>06</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>07</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>08</b>
4.1 OBJETIVO GERAL.....	08
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	08
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>09</b>
5.1 EPIDEMIOLOGIA.....	09
5.2 DEFINIÇÃO, ETIOLOGIA E TRANSMISSIBILIDADE.....	09
5.3 CLASSIFICAÇÃO E EVOLUÇÃO CLÍNICA .....	09
5.4 DIAGNÓSTICO .....	11
5.5 TRATAMENTO.....	11
5.6 COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	12
<b>6 MÉTODOS.....</b>	<b>13</b>
<b>7 CRONOGRAMA.....</b>	<b>14</b>
<b>8 RECURSOS NECESSÁRIOS .....</b>	<b>15</b>
<b>9 RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>16</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>17</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>18</b>

## 1 INTRODUÇÃO:

Caxias do Sul está localizada na encosta superior do nordeste do estado do Rio Grande do Sul, no sul do Brasil. Atualmente, é a principal cidade do interior, sendo referência regional em serviços, saúde e educação para a população. O índice de desenvolvimento humano (IDH) do município é 0,782, ocupando o 23º lugar de um total de 497 municípios (IBGE, 2010).

De origem italiana e com mais de um século de história, o município é o segundo maior do estado com 479 mil habitantes (IBGE, 2016). A população idosa compreende aproximadamente 10% da população e, segundo dados do IBGE (2010), a expectativa de vida ao nascer é de 76,58 anos.

O desenvolvimento da economia caxiense ao longo dos anos pode ser considerado o principal fator de expansão da cidade. A economia de Caxias do Sul é a segunda principal do estado do Rio Grande do Sul, com PIB de R\$22,3 bilhões em 2014. O setor produtivo com maior representabilidade de Caxias do Sul é o dos serviços, seguido pela Indústria (ramo metalmeccânico) e Agropecuária (DE LORENZI e cols, 2014).

Na área da saúde, Caxias do Sul é referência em atendimento para 48 municípios da macrorregião da Serra (mais de 1.100.000 habitantes). Conforme De Lorenzi e colaboradores (2014), o município conta com quatro hospitais contratados totalizando mais de 500 leitos clínico/cirúrgicos. Na atenção básica, a cidade tem 47 Unidades Básicas de Saúde. Atualmente a Estratégia de Saúde da Família está implantada em 23 UBS, com 37 equipes (31 urbanas e seis rurais), sendo que 12 unidades contam com a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.

A Unidade Básica de Saúde São Caetano (anexo) é uma das 23 unidades que conta com o programa de Saúde da Família e está localizada na Rua Pixinguinha, 2466, no bairro São Caetano em Caxias do Sul. A unidade tem nove agentes comunitários de saúde e três equipes de saúde da família que abrangem uma população de 15.497 pessoas.

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), em especial a sífilis, têm ressurgido fortemente no espectro de atendimentos da unidade básica de saúde São Caetano.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica que exige notificação do agravo à vigilância epidemiológica. Em geral, esta doença é transmitida pela via sexual e, menos comumente, por via vertical ou sanguínea. O quadro clínico é variável, podendo ser assintomático ou oligossintomático, caracterizado por longos períodos de latência. Por isso, muitas pessoas com sífilis tendem a não ter conhecimento da infecção, podendo transmiti-la aos

contatos sexuais. De acordo com Fauci e colaboradores (2008) estima-se que cerca de 50% dos indivíduos identificados como contatos sexuais de pessoas com sífilis infecciosa tornam-se infectados.

Na gestação, essa infecção pode apresentar consequências graves como abortamento, parto pré-termo, morte do recém-nascido e/ou manifestações congênitas. A sífilis congênita, por sua vez, é prevenível quando se identifica e se trata apropriada e precocemente a gestante infectada e os parceiros sexuais (CONITEC, 2015).

Nas unidades básicas de saúde são disponibilizados os testes rápidos que também incluem o diagnóstico da sífilis, possibilitando a instituição precoce do tratamento. A penicilina G é o fármaco de escolha para o tratamento de todos os estágios da sífilis.

Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, podendo comprometer especialmente o sistema nervoso e o sistema cardiovascular. O estágio terciário da doença, caracterizado pelo surgimento tardio de lesões inflamatórias progressivas e destrutivas, surge em aproximadamente 33% dos casos não tratados, segundo Fauci e colaboradores (2008).

Os profissionais de saúde, portanto, devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos exames laboratoriais que desempenham papel fundamental no controle da infecção e permitem a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento, conforme protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde, com o intuito de reduzir a morbimortalidade e interromper a cadeia de transmissão.

## 2 PROBLEMA:

Segundo dados da Vigilância Epidemiológica do Estado do Rio Grande do Sul (Tabnet/DataSus), foram notificados apenas no ano de 2016, no município de Caxias do Sul, 928 casos de sífilis adquirida, 130 casos de sífilis gestacional e 140 casos de sífilis congênita.

Um levantamento preliminar dos casos notificados de sífilis neste período na UBS São Caetano mostrou que 20 casos de sífilis foram notificados ao serviço de Vigilância Epidemiológica municipal, o que corresponde a aproximadamente 1,7% do total de notificações do município; destes, 45% são referentes à sífilis adquirida, 45% à sífilis gestacional e 10% à sífilis congênita. Aproximadamente 80% dos indivíduos com diagnóstico de sífilis adquirida estavam no estágio latente da doença; e, 100% destes casos não retornaram a UBS para seguimento e controle de cura.

Desta forma, observa-se a fragilidade do sistema de saúde ao identificar que nenhum paciente diagnosticado com sífilis adquirida retornou a unidade de saúde para acompanhamento da patologia, provavelmente pelo estado assintomático ao diagnóstico. Assim, presume-se que não houve empenho dos profissionais de saúde na criação do vínculo com o usuário ao abordar questões específicas acerca da promoção e prevenção em saúde sexual, tão pouco a busca ativa a fim de garantir o retorno do paciente à UBS e o acompanhamento clínico.

Por outro lado, o paciente não se exime de sua responsabilidade e presume-se que o mesmo desconhece as complicações desta doença, quando não tratada ou tratada inadequadamente; e, acima de tudo, ignora que a existência de lesões sifilíticas facilita o contágio de outras infecções sexualmente transmitidas, como a síndrome da imunodeficiência adquirida, causada pela entrada do vírus HIV no indivíduo.



### 3 JUSTIFICATIVA:

A UBS São Caetano é a porta de entrada para uma população de aproximadamente 16.000 habitantes e, por isso, diariamente acolhe centenas de usuários em suas demandas de saúde. A partir da prática na atenção básica nesta unidade observou-se que muitos atendimentos prestados a população jovem se devem ao manejo agudo das ISTs. No âmbito da saúde sexual, notou-se que a maioria não faz uso de preservativos e não adere ao tratamento e/ou não mantém o seguimento recomendado nos casos de sífilis principalmente, por ignorarem o espectro variado de complicações oriundas das ISTs.

Conforme a literatura, os índices de sífilis vêm aumentando significativamente devido a comportamentos sexuais de risco, multiplicidade de parceiros e relações sexuais sem uso de preservativos. A qualidade precária de assistência à saúde contribui para a ineficácia do diagnóstico precoce da doença (MARTINS *et al*, 2014).

Segundo Gusso & Lopes (2012) fatores como vergonha, medo e dificuldade de acesso ao serviço de saúde ampliam o risco de complicações e dificultam sua prevenção. As medidas de educação em saúde e a ampliação ao acesso dos preservativos são de eficácia comprovada em todo o mundo para a prevenção das ISTs.

## **4 OBJETIVOS:**

### **4.1 OBJETIVO GERAL:**

- Identificar a incidência da sífilis na população atendida na UBS São Caetano e promover ações para o tratamento e acompanhamento da patologia bem como a sua prevenção.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Realizar a avaliação clínica e o acompanhamento dos pacientes notificados com sífilis nos anos de 2016 e 2017, conforme protocolo assistencial vigente do Ministério da Saúde;
- Capacitar médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde para o enfrentamento e manejo adequados das demandas referentes às ISTs, com ênfase na sífilis;
- Colaborar com a prevenção e promoção em saúde das ISTs na população adscrita, mediante a elaboração e divulgação de banner e folders educativos nas escolas e grupos da comunidade.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 EPIDEMIOLOGIA

A alta incidência de infecções sexualmente transmissíveis tem se tornado um relevante problema de saúde pública. No Brasil as estimativas da organização mundial da saúde (OMS) de IST na população sexualmente ativa, a cada ano, são as que seguem: sífilis - 937.000; gonorréia – 1.541.800; clamídia – 1.967.200; herpes genital 640.900; vírus do papiloma humano – 685.400 (DUNCAN *et al*, 2013).

Existem atualmente no mundo cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis, dos quais 90% foram diagnosticados em países em desenvolvimento. Segundo a OMS, cerca de 500 milhões de mortes fetais, decorrentes de sífilis congênita, ocorrem anualmente no mundo e, mais de um milhão de recém-nascidos, são infectados a cada ano, mundialmente (MARTINS *et al*, 2014).

Segundo a OMS, em 2008, 1,4 milhão de gestantes em todo o mundo foram infectadas com sífilis, das quais 80% tinham frequentado serviços de cuidados pré-natais. Nesse mesmo ano, cerca de 20% dessas gestantes não compareceram ao serviço de referência para receber a assistência adequada no pré-natal (LAZARINI & BARBOSA, 2017).

### 5.2 DEFINIÇÃO, ETIOLOGIA E TRANSMISSIBILIDADE

A sífilis é uma enfermidade sistêmica crônica, exclusiva do ser humano, causada pelo *Treponema pallidum*. Em geral, quase todos os casos de sífilis são adquiridos por contato sexual. Estima-se que até 50% dos indivíduos identificados como contatos sexuais de pessoas com sífilis infecciosa tornam-se infectados. Os modos de transmissão menos comuns são contato pessoal não-sexual, transfusão sanguínea, transplante de órgãos e infecção *in utero* nos casos de gestantes com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente (FAUCI *et al*, 2008).

### 5.3 CLASSIFICAÇÃO E EVOLUÇÃO CLÍNICA

A apresentação dos sinais e sintomas da sífilis é muito variável e complexa. Quando não tratada, evolui para formas mais graves, podendo comprometer o sistema nervoso e os aparelhos cardiovascular, respiratório e gastrointestinal. A doença alterna períodos

sintomáticos e assintomáticos (ou de latência), com características clínicas e imunohistopatológicas distintas, divididas em três fases: sífilis primária, sífilis secundária e sífilis terciária.

Após a inoculação, ocorre um período de incubação de 10 a 90 dias. O primeiro sintoma é o aparecimento de uma lesão única no local de entrada da bactéria, denominada cancro duro. A lesão com base endurecida é indolor, rica em treponemas. A lesão cicatriza de modo espontâneo, num período aproximado de duas semanas. Na sífilis primária, o diagnóstico laboratorial pode ser feito pela pesquisa direta do *Treponema pallidum* por microscopia de campo escuro ou pela imunofluorescência direta. Os anticorpos começam a surgir na corrente sanguínea cerca de 7 a 10 dias após o surgimento do cancro duro, por isso nessa fase os testes sorológicos são não-reagentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Quando a sífilis não é tratada na fase primária, evolui para sífilis secundária caracterizada por manifestações parenquimatosas, constitucionais e mucocutâneas generalizadas que surgem habitualmente cerca de 6 a 8 semanas após a cicatrização do cancro. Alguns pacientes podem passar para o estágio latente sem jamais reconhecer as lesões secundárias (FAUCI *et al*, 2008).

Na sífilis secundária, aparece como manifestação clínica o exantema cutâneo, rico em treponemas e se apresenta na forma de máculas, pápulas ou de grandes placas eritematosas branco-acinzentadas denominadas *condiloma lata*. Nesta fase, todos os testes sorológicos são reagentes e os testes quantitativos tendem a apresentar títulos altos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Se não houver tratamento, após o desaparecimento dos sinais e sintomas da sífilis secundária, a infecção entra no período latente, considerado recente no primeiro ano e tardio após esse período. A sífilis latente não apresenta qualquer manifestação clínica. Nesta fase todos os testes sorológicos permanecem reagentes e observa-se uma diminuição dos títulos nos testes quantitativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A sífilis terciária ou tardia é o estágio inflamatório destrutivo da doença e pode ser incapacitante. Os sinais e sintomas da infecção podem levar vinte ou mais anos para se manifestar e qualquer órgão do corpo pode estar envolvido. O quadro clínico é variável e pode apresentar-se pela formação de gomas sífilíticas, por complicações cardiovasculares que culminam em graus variados de insuficiência cardíaca e a neurosífilis (CECIL *et al*, 1997). Nesta fase os testes sorológicos habitualmente são reagentes e os títulos dos testes não treponêmicos tendem a ser baixos, porém podem ocorrer resultados não reagentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A transmissão do *T. pallidum* de uma mulher com sífilis para o feto pode ocorrer em qualquer estágio da gravidez. O risco de infecção fetal durante a sífilis materna precoce sem tratamento é de cerca de 75 a 95%, diminuindo para cerca de 35% na sífilis materna com mais de 2 anos de duração. A infecção materna sem tratamento pode resultar em taxa de perda fetal de até 40%, prematuridade, morte neonatal ou sífilis congênita não-fatal com amplo espectro de manifestações clínicas (FAUCI *et al*, 2008).

A infecção não confere imunidade permanente, assim um indivíduo pode contrair sífilis tantas vezes quantas for exposto ao agente etiológico. Por isso, é essencial diferenciar entre a persistência de exames reagentes (cicatriz sorológica) e a reinfecção pelo *T. pallidum*.

#### 5.4 DIAGNÓSTICO

Existem dois tipos de testes sorológicos para a sífilis, não-treponêmicos e treponêmicos. O teste de anticorpo não-treponêmico mais amplamente utilizado é o VDRL, utilizado para triagem e quantificação dos anticorpos séricos. A titulação do VDRL reflete a atividade da doença e é útil no seguimento dos pacientes. Já os testes treponêmicos identificam os anticorpos dirigidos contra os antígenos do *T.pallidum* e incluem o FTA-ABS e vários ensaios de aglutinação. Quando utilizados para confirmar resultados positivos dos testes não-treponêmicos, os testes treponêmicos apresentam um valor preditivo positivo muito alto para o diagnóstico de sífilis. Todavia, no contexto de uma triagem, esses testes fornecem resultados falso-positivos em taxas de até 1 a 2% (FAUCI *et al*, 2008).

Quanto mais precoce for o tratamento após a infecção, mais rapidamente haverá desaparecimento dos anticorpos circulantes. Segundo a literatura, para a maioria dos usuários tratados, os títulos diminuem cerca de quatro vezes após três meses e oito vezes aos seis meses após o tratamento. Entretanto, na sífilis tratada tardiamente os testes podem nunca se negatizar. A sorologia quando se apresenta repetidamente reagente em títulos baixos em usuários corretamente tratados não tem significado clínico. Por outro lado, durante o monitoramento do tratamento, o aumento de dois ou mais títulos no teste sugere reinfecção ou tratamento inadequado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

#### 5.5 TRATAMENTO

A penicilina G benzatina é o medicamento de escolha para todas as apresentações da sífilis e a avaliação clínica do caso indicará o melhor esquema terapêutico (BRASIL, 2014).

Para os pacientes alérgicos a penicilina, recomenda-se a terapia com doxiciclina, eritromicina ou tetraciclina, salvo em gestantes que deverão ser submetidas à dessensibilização da droga; caso contrário, a gestante será considerada inadequadamente tratada e o neonato tratado conforme protocolo para portador de sífilis congênita (FAUCI *et al*, 2008).

Os parceiros expostos até 90 dias antes do diagnóstico/tratamento da sífilis devem ser tratados como infectados, mesmo se a sorologia for negativa. Já os parceiros expostos à sífilis em período superior a 90 dias devem ser tratados caso os testes sorológicos não estejam disponíveis ou se o seguimento for incerto (DUNCAN *et al*, 2013).

## 5.6 COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

É de notificação compulsória todo caso confirmado de sífilis devendo ser notificado à vigilância epidemiológica. A notificação e vigilância desse agravo é imprescindível para o monitoramento e eliminação da transmissão vertical (BRASIL, 2014).

Em suma, as ISTs devem ser consideradas um problema prioritário de saúde pública, que precisa de acolhimento sempre que as pessoas procuram os serviços de saúde, com o objetivo de não perder a oportunidade do tratamento adequado.

O esclarecimento de que se trata de uma doença transmitida pela relação sexual é fundamental para facilitar a adesão ao tratamento e à adoção de medidas de prevenção e captação dos parceiros. Segundo Gusso & Lopes (2012), fazem parte do aconselhamento importantes ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. São exemplos: ouvir as preocupações da pessoa, propor questões que facilitem a reflexão sobre elas, prover informação e apoio emocional e auxiliar na tomada de decisão para a adoção de medidas que possam levar a uma melhor qualidade de vida. Para tal, é necessário que a pessoa reconheça suas vulnerabilidades e possa avaliar seus riscos em relação às ISTs.

Vários profissionais, além de médicos e enfermeiros, podem atuar em atividades de aconselhamento, avaliação de situações de risco e educação para saúde das pessoas com IST e seus parceiros. Os diferentes pontos de atenção da rede de atenção a saúde devem funcionar de forma integrada e coordenada, garantindo acesso aos cuidados conforme a necessidade local (DUNCAN *et al*, 2013).

## 6 MÉTODOS:

Trata-se de um projeto de intervenção elaborado a partir da prática vivenciada na atenção básica em uma unidade de saúde da família. O projeto incluirá as seguintes etapas:

- Análise das notificações de sífilis na UBS São Caetano, do município de Caxias do Sul, durante os anos de 2016 e 2017 a fim de conhecer, por meio da revisão dos prontuários, o perfil destes pacientes e avaliar o desfecho clínico.
- Busca ativa destes usuários (especialmente mulheres em idade reprodutiva) não aderentes ao tratamento e/ou seguimento da patologia a fim de orientá-los a retomar o cuidado com a saúde;
- Realizar a avaliação clínica individual de cada paciente, mediante agendamento prévio pela equipe de saúde, por meio de anamnese e exame clínico direcionado à procura de sinais específicos da doença ativa (ex: exantema cutâneo, cancro duro, adenopatia, gomas sífilíticas e exame neurológico e cardiovascular sumários);
- Solicitar o exame laboratorial de VDRL aos pacientes submetidos ao atendimento para acompanhamento evolutivo da doença e aconselhar a realização dos testes rápidos disponibilizados na UBS;
- Abordar o tema de prevenção as ISTs, verbalmente e por meio da entrega do material explicativo e dos preservativos, durante a consulta médica;
- Construção de material didático expositivo para ações de atualização acerca do tema;
- Elaboração e confecção de *banner* e panfletos para divulgação junto às escolas e grupos da comunidade;
- Capacitação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) da UBS quanto à apresentação, o diagnóstico, manejo e seguimento da sífilis;
- Atualização científica direcionada aos agentes comunitários de saúde (ACS) para que atuem junto à população orientando a procura pela unidade de saúde para realização dos testes rápidos e a importância do diagnóstico, tratamento e seguimento da sífilis no território.

## 7 CRONOGRAMA:

AÇÕES	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18
Apresentação do projeto à equipe de saúde.	X					
Levantamento de dados junto a Vigilância Epidemiológica.		X				
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS.			X			
Revisão de prontuários e busca ativa dos pacientes.				X		
Atendimento médico individual e solicitação de VDRL para os pacientes localizados.				X		
Retorno dos pacientes para reconsulta e reforço nas orientações de prevenção às ISTs e entrega de preservativos.					X	
Confecção de banner e panfletos educativos.					X	
Apresentação dos resultados e avaliação do projeto pela equipe.						X



## **8 RECURSOS NECESSÁRIOS:**

- Sala para realização de grupos;
- Equipamento de multimídia (datashow);
- Computadores;
- Impressoras;
- Telefone;
- Folhas A4;
- Lona (banner 80 x 60cm) – previsão orçamentária: média de R\$ 39,00;
- Preservativos;
- Requisição para exames laboratoriais e receituários;
- Prontuários dos pacientes diagnosticados com sífilis no ano de 2016 e 2017;
- Profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde;

## **9 RESULTADOS ESPERADOS:**

- Capacitar todos os profissionais de saúde atuantes na UBS São Caetano quanto à correta identificação e o manejo adequado da sífilis (conforme protocolo assistencial vigente);
- Qualificar o atendimento à saúde sexual prestado à população adscrita neste território;
- Localizar e retomar o cuidado das pessoas notificadas com sífilis nos anos de 2016 e 2017 na referida UBS;
- Expor o banner na UBS e divulgar os panfletos educativos à comunidade;
- Estimular o autocuidado nas pessoas, incentivando o uso de preservativos e a realização de sorologias por meio dos testes rápidos disponibilizados pelas unidades básicas de saúde do município.
- Reduzir a incidência de sífilis adquirida e congênita no município;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812p.

CECIL, Russell Lafayette; PLUM, Fred; BENNETT, J. Claude. **Cecil**: tratado de medicina interna. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 2 v.

CONITEC, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**: Infecções Sexualmente Transmissíveis. Relatório de Recomendação. Ministério da Saúde, 2015.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares et al. **Plano Municipal de Saúde**: município de Caxias do Sul. Gestão 2014/2017. Disponível em: <<https://caxias.rs.gov.br>>. Acesso em 14 jul 2017.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês.; GIUGLIANI, Elsa R. J.; DUNCAN, Michael S.; GIUGLIANI, Camila. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. xxiv, 1952 p.

FAUCI, Anthony S ... [et al]. **Harrison Medicina Interna**. 17. Ed. – Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2008. 3000p.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2 v.

IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/caxias-do-sul/panorama>>. Acesso em 14 jul 2017.

LAZARINI, Flaviane Mello; BARBOSA Dulce Aparecida. **Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25: e2845.

MARTINS, Keila Maria Carvalho; SOUSA, Anna Jéssica Carvalho; LIMA, Raimunda Lívia Farias; XAVIER, Ana Samyha; SILVA, Maria Adelane Monteiro da. **Ação Educativa para Agentes Comunitários de Saúde na prevenção e controle da sífilis**. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Jul-Set, 2014, pp. 422-427. Universidade de Fortaleza, Ceará.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sífilis:** Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100p. Série Telelab.

**ANEXO**

Fachada da Unidade Básica de Saúde São Caetano



## ANEXO 2 – FLUXOGRAMA DE INGRESSO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL

