

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

**ANDREAS HORNER**

**PORTFÓLIO FINAL**

**DIAGNÓSTICO DAS DEMANDAS ESPECÍFICAS E CONDIÇÕES MAIS  
ATENDIDAS PELOS DIFERENTES PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE SÃO JOSÉ – SANTA MARIA - RS**

**PORTO ALEGRE, RS**

**MAIO 2017**

**DIAGNÓSTICO DAS DEMANDAS ESPECÍFICAS E CONDIÇÕES MAIS  
ATENDIDAS PELOS DIFERENTES PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE SÃO JOSÉ – SANTA MARIA - RS**

**ANDREAS HORNER**

**PORTFÓLIO FINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. Rodolfo Souza da Silva, médico especialista em saúde da família.

**PORTO ALEGRE, RS**

**MAIO 2017**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....</b>	<b>6</b>
<b>3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....</b>	<b>10</b>
<b>4. VISITA DOMICILIAR.....</b>	<b>13</b>
<b>5. REFLEXÃO CONCLUSIVA .....</b>	<b>15</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>
<b>7. ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>8. OUTROS ANEXOS: .....</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Andreas Horner, tenho 24 anos e sou formado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), desde dezembro de 2015. Durante os seis anos de vida acadêmica, participei em várias atividades relacionadas a saúde coletiva, saúde da comunidade realizando ações que envolveram extensão. Atuei como bolsista de iniciação científica em duas edições do Programa PET-SAÚDE UFSM (2010 e 2013) e atualmente sou bolsista do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

Estou lotado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) São José, localizada no Bairro São José, região Leste de Santa Maria, RS, a qual abrange cerca de 18 mil usuários e o trabalho segue o modelo da equipe dupla. A ESF conta com dois médicos, dois enfermeiros, dois técnicos em enfermagem, uma dentista, uma técnica em saúde bucal, uma recepcionista e nove agentes comunitárias de saúde. Dentro da unidade, ainda temos 1 residente em Saúde da família e comunidade. A estrutura física é composta pela sala de recepção, três banheiros, salas de acolhimento, curativos, reuniões, cozinha e quatro consultórios (sendo um ginecológico, com banheiro).

A população atendida nesse ESF apresenta grande heterogeneidade social: bem próximo se localiza um dos condomínios mais abastados de Santa Maria (condomínio sociedade de medicina) e a dois km do posto fica a comunidade Billi Biu, uma das regiões mais carentes e violentas da cidade. O bairro São José se faz representar por uma associação comunitária, denominada Rio Bonito, que pela figura de seu presidente repassa as demandas aos órgãos competentes, e por conseguinte a equipe da ESF. Infelizmente, não há presença de conselho local de saúde.

Fazendo parte dessa área estão duas escolas (uma com creche e ensino fundamental e outra ensino fundamental e médio). Com a primeira é realizado um trabalho de educação continuada muito satisfatório, com ações de prevenção e promoção de saúde.

Em frente a ESF se localiza a igreja do bairro (igreja do Amaral), importante local no planejamento de nosso processo de trabalho. Significativa parte da comunidade frequenta a igreja, o que torna as reuniões de alguns grupos da instituição ótimas oportunidades para identificação das necessidades coletivas ( e até mesmo individuais) de nossos usuários.

Uma das principais dificuldades que enfrentamos é a extensão física e a quantidade de usuários atendidos, muito superiores ao recomendado pelo ministério da saúde (MS). Há ainda deficiência no número de agentes comunitários de saúde, o que deixa diversas microáreas descobertas, algumas delas com populações em estado de vulnerabilidade.

Como parte da atividade de planificação na atenção primária a saúde, promovida pela prefeitura municipal em parceria com o MS, realizamos um “diagnóstico” das demandas específicas e condições mais atendidas pelos diferentes profissionais da equipe. As principais demandas para consultas médicas foram as complicações respiratórias agudas e atendimentos em saúde mental. As principais demandas agendadas foram o seguimento o seguimento de hipertensos, de diabéticos e acompanhamento pré-natal.

Na enfermagem, as consultas pré-natais, puericultura e saúde da mulher foram as principais. Os técnicos têm como suas principais demandas aferição de pressão arterial, curativos e aplicação de medicações. A principal demanda espontânea da dentista é o atendimento a dor de dente. A principal demanda agendada é a restauração.

É importante destacar que a gestão atual valoriza muito a educação continuada e a capacitação profissional da equipe municipal da APS. Uma das atividades da qual participamos foi a capacitação para realização de testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis (IST), como sífilis, HIV e Hepatites B e C. Tive a grata oportunidade de representar o município em uma oficina para multiplicadores de atenção em IST, promovida em Porto Alegre pelo MS. Após meu empoderamento nesta capacitação, associada a iniciativa municipal de expandir a realização de testagem rápida, elaborei meu projeto de intervenção tendo como objetivos capacitar profissionais, organizar a demanda e aumentar a realização da testagem rápida para HIV e Sífilis em minha unidade básica. O referido projeto constará nos anexos do presente portfólio.

## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Na atenção básica, identificar as demandas dos usuários é um dos pilares para o atendimento adequado da população. Isso permite a constante rediscussão do processo de trabalho da equipe e o aprimoramento dos serviços prestados a população.

Há cerca de quatro meses, realizamos um levantamento das principais demandas que chegam a ESF São José. As condições respiratórias agudas são as principais demandas não agendadas de nossos usuários. Em se tratando de demanda agendada, o atendimento a pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) lideram a lista. Tendo em vista estes dados, elegi o caso de um paciente, chamado JS.

JS tem 67 anos, é aposentado da construção civil, casado, tem dois filhos e um neto, mora com a esposa CS e o filho BS, de 62 e 32 anos respectivamente. Sua filha, MS, tem 34 anos, é casada e tem um filho de nome PC, de 8 anos de idade, portador de autismo. Ela vive com seu marido EC e o filho em uma casa nos fundos do terreno da casa dos pais. Ambas as moradias são de alvenaria, possuem água encanada, luz e coleta de lixo. Entretanto, o esgoto é despejado em um arroio que passa nos fundos do terreno onde mora a família.

O paciente JS, tabagista 40 maços/ano, procurou o serviço da ESF São José em maio com queixa de tosse produtiva, dispneia sem relação com decúbito e febre iniciada há dois dias. Refere ter tosse há alguns anos (“encatarrado”), mas nos últimos dias aumentou a quantidade e adquiriu coloração esverdeada.

Ao exame físico no dia da consulta, JS apresentava bom estado geral: pressão arterial de 130/85mmHg, temperatura axilar de 38,2 graus, corado, hidratado e anictérico. Ao exame físico, a ausculta pulmonar revelou sibilos e estertores bolhosos predominantes em base esquerda.

A hipótese diagnóstica foi de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) exacerbada com possível associação com pneumonia comunitária. Foi prescrito levofloxacino 500mg VO 12/12h por 10 dias, prednisona 40mg VO ao dia por 5 dias e dipirona 1g VO de 6/6h para a febre. Orientou-se retorno em 48 h para reavaliação, devendo procurar o posto ou o serviço de pronto atendimento municipal antes caso ocorresse piora do quadro.

Em 48h o paciente já se encontrava afebril, com melhora significativa dos sintomas. Foram solicitados RX de tórax, espirometria com prova broncodilatadora, hemograma e potássio sérico. O paciente foi orientado a agendar consulta para retorno quando os exames estivessem prontos.

No período de 2 meses, não houve mais notícias de JS. O caso foi discutido com a equipe de enfermagem e com a agente comunitária responsável pela microárea onde ele reside. Foi levantada a situação problema de que o filho que mora com o casal é usuário de drogas, e que os pais têm muita preocupação com a vida que ele leva. Resolveu-se, por fim, agendar uma visita domiciliar.

Na visita, tivemos a oportunidade de conhecer o local onde reside JS. A casa era simples, mas bem limpa e arejada. JS vive apenas com a aposentadoria que recebe do INSS, o que torna a situação da família um tanto delicada.

Solicitamos novamente os exames e frisamos a vantagem de um diagnóstico precoce para evitar a piora de uma possível doença. Foi identificada a necessidade de agendar uma consulta para abordar o filho usuário de drogas, pensando em medidas de

recuperação, prevenção de novos danos e promoção da saúde. Também fora agendado uma consulta para CS (esposa), que não havia realizado os exames de mamografia e cito-patológico de colo uterino. A enfermeira, junto com a avó, checkou os dados antropométricos da criança, assim como conferiu o cartão de vacinação da criança.

Em 45 dias, JS retornou com RX de tórax demonstrando hiper-insuflação pulmonar, hemograma com 16,7 de hemoglobina e potássio sérico dentro dos níveis da normalidade. A espirometria revelou um padrão obstrutivo sem resposta ao broncodilatador.

Fechado o diagnóstico de DPOC, foi explicado ao paciente que existem medicamentos que podem ser utilizados para aliviar os sintomas, mas que a medida mais eficaz para isto, assim como para diminuir a mortalidade e a evolução da doença é a cessar o tabagismo. O paciente referiu que falhou nas diversas tentativas que fez de largar o cigarro. Oferecemos a JS a possibilidade de participar de um grupo de fumantes, com palestras e uso de medicações quando indicado, o que foi aceito por este.

Para alívio dos sintomas, foi prescrito Formoterol 8mg associado a Budesonida 200mcg de 12/12h inalado, de forma contínua, assim como realizada imunização para *Pneumococo e Influenzae*.

Em 30 dias, o paciente retornou a unidade com melhora significativa dos sintomas basais. Referiu estar frequentando o grupo, mas que ainda não conseguiu parar de fumar. Foi agendado um retorno em 90 dias para reavaliação do mesmo.

O caso acima elucidado muito bem a complexidade de se fazer um bom trabalho na atenção básica. É necessário ter uma visão global da rotina em que se encontra inserido nosso paciente, pois as minúcias de sua vida privada tem papel direto nas patologias que apresenta e na aderência a um eventual tratamento prescrito.

A equipe se reuniu mais uma vez após a visita domiciliar e desenvolveu um plano terapêutico singular, aos moldes do que fora trabalhado no curso, tendo em vista intervir e auxiliar a família no problema atual que ela enfrenta. O fato do filho ser usuário de drogas tem um papel fundamental na definição de como tem de ser feita a abordagem terapêutica de JS, pois este se encontra preocupado com o filho e acaba colocando a sua saúde em segundo plano.

No prontuário integrado da família, foi organizado um genograma (em anexo) e foram utilizados códigos para identificar o uso de drogas, tendo em vista preservar o sigilo das informações ali contidas.

Outro pilar que embasa o aprimoramento do processo de trabalho é o uso de literatura científica embasada em evidências, o que nos permite dar a melhor conduta na investigação e terapêutica de nossos pacientes. Pequenas mudanças em curtos períodos de tempo de certas informações podem ser essenciais para o seu aprimoramento.

Com base na edição de 2017 do protocolo *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD), um dos documentos científicos consensuais mais renomados do mundo em se tratando de DPOC, podemos direcionar nossa abordagem diagnóstica e terapêutica baseada em evidências clínicas consistentes.

A DPOC é uma doença que se manifesta predominantemente na quinta e sexta década de vida, sendo incomum o seu aparecimento em pacientes com carga tabágica menor que 20 maços-ano.

O sintoma mais comum é a dispneia aos esforços, seguida pela tosse produtiva. Ao exame físico, roncos, sibilos, estertores e diminuição do murmúrio pulmonar são marcantes.

Critérios espirométricos, como um índice de *Tiffenau* menor que 70% do previsto, sem resposta a prova broncodilatadora, caracteriza a doença.



As exacerbações são definidas como a presença de dois de três critérios, a saber: 1. Aumento do volume de escarro; 2. Alteração da cor hialina para purulenta deste; 3. Aumento da dispneia.

Como o paciente possuía os 3, a exacerbação é considerada moderada a grave, sendo indicado o uso de uma quinolona respiratória (levofloxacino). Em exacerbações leves, pode ser utilizado amoxicilina associado a um inibidor de betalactamase (amoxicilina/ácido-clavulânico).

O uso de corticoide por via oral é mandatório, sendo que a última atualização do Guideline frisa que não existe vantagem em utilizar-se doses maiores de 40 a 60mg de prednisona por mais de 5 dias (antigamente, era utilizado por 10-14 dias, como em exacerbações de asma).

Um detalhe importante é que a base terapêutica do paciente com DPOC é a cessação do tabagismo, que tem comprovada eficácia em reduzir a intensidade dos sintomas, a progressão da doença e a mortalidade a ela associada.

O uso de corticoides inalatórios isolados, primeira linha no tratamento de pacientes asmáticos, não figura como o ponto de partida em pacientes com DPOC. O uso de um beta-2 agonista de longa duração (como o formoterol de 12/12h) é a escolha para estes pacientes, sendo o corticoide um tratamento de segunda linha, que deve ser utilizado em conjunto com a droga de primeira linha sempre que prescrito.

No programa farmácia popular, estão disponíveis dois corticoides inalatórios: beclometasona 200mcg cápsulas e beclometasona spray dosimetrado de 50, 100 e 250 mcg. Isso acaba gerando, muitas vezes, um erro na prescrição, dado que o formoterol (isolado ou combinado com budesonida) deve ser solicitado ao estado, por meio de ficha própria, caso o paciente queira obter este tratamento sem custo. Na atenção básica é essencial conhecermos os componentes da relação de medicamentos disponibilizada pela assintência farmacêutica, identificando se ele pertence a listagem básica (municipal), especializada (estadual e federal) ou se é necessário um processo de judicialização.

É essencial que profissionais prescritores exponham os custos do tratamento ao paciente, para evitar o uso de medicações ao qual ele não terá acesso. No caso acima, uma medicação com custo de 150 reais (formoterol 8mcg associado a budesonida 200mcg) representaria um impacto inexorável na renda familiar dessa família, o que prejudicaria o paciente. Realizamos a solicitação da medicação, o que permite que hoje ele goze de gratuidade na sua obtenção.

Outro detalhe importante foram os exames solicitados: Rx de tórax busca fazer uma triagem para possíveis diagnósticos diferenciais que possam produzir um quadro semelhante (como um abscesso ou um tumor pulmonar); a dosagem de potássio sérico se faz essencial para se iniciar o uso de drogas beta miméticas, já que estas reduzem os níveis séricos de potássio, o que pode ser perigoso em pacientes hipocalêmicos crônicos compensados.

O hemograma nos auxilia a avaliar tanto a série branca como a série vermelha. A presença de policitemia indica um quadro mais grave. Na sua presença, devemos solicitar uma gasometria para avaliar parâmetros gasométricos sanguíneos, que guiam a utilização de oxigênio domiciliar (uma ressalva é que este deve ser utilizado por, no mínimo, 14 horas ao dia para reduzir mortalidade).

Com vistas a orientar o diagnóstico e terapêutico, utilizamos os passos recomendados pelo GOLD.

Primeiramente, lançamos mão do *MEDICAL RESERCH COUNCIL* (MRC) para avaliar a intensidade dos sintomas, nosso paciente se encontrava no nível 1, em uma escala de 0 a 5 ( dispnéia a esforços intensos).

Utilizando a classificação GOLD de risco, que divide em quatro grupos os pacientes (I-IV), com base nos critérios espirométricos, nosso paciente se enquadrou no estágio II (VEF1/CVF < 70% pós broncodilatador e VEF1 maior ou igual a 50% do previsto e menor que 80% do previsto).

Pela história clínica contada por JS, detectamos que, no presente ano, esta foi a primeira exacerbação dele.

Ao juntarmos todas essas informações, temos um resumo ampliado da gravidade da patologia desse paciente. JS foi classificado como GOLD A (onde A seria a forma mais leve da doença, B e C as intermediárias e D a mais grave).

Tendo em vista esse panorama, tomamos as medidas necessárias indicadas no guideline (reduzir tabagismo, vacinação anti-influenzae e antipneumocócica e uso de um beta-2 agonista de longa duração de 12/12h, não esquecendo de checar o potássio sérico antes de iniciar o uso, para evitar iatrogenias).

Fazendo uma análise do caso de Família S (da qual o paciente JS faz parte), vemos a complexidade das abordagens dos problemas que afetam uma unidade familiar. A demanda imediata apresentada por José foi o ponto de partida para descobrirmos muitas outras intervenções necessárias para a melhora clínica do paciente e para a melhora da unidade familiar como um todo, frente as dificuldades que enfrenta agora.

Por fim, é necessário destacar as vantagens de se construir um plano terapêutico singular como o que foi lançado mão neste caso, pois ele nos permite intervir em todos os componentes da família e, não apenas, dos que procuram atendimento no posto. Não podemos deixar de lembrar que “a atenção básica utiliza tecnologias de baixa densidade mas alta complexidade”. Acessar o íntimo de um paciente é muito mais complexo e útil aos profissionais de saúde do que a possibilidade de solicitar dezenas de exames.

### 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

O conhecimento da população atendida e a diagnose das principais demandas desta é essencial para a qualificação do serviço prestado por uma equipe da ESF. Com base no levantamento de dados feito no ano de 2016, a equipe da qual faço parte pode detectar que 25% dos atendimentos realizados pelos médicos envolveram questões de saúde mental.

Com a luta antimanicomial, houve a extinção de boa parte destas instituições que serviam de “depósitos” de pacientes, não tendo como foco medidas terapêuticas ou de reintegração destes indivíduos na sociedade. Entretanto, a rede do sistema único de saúde (SUS) carece de serviços voltados aos cuidados em saúde mental, o que acaba por inflar a demanda na atenção básica, nem sempre preparada para lidar com casos complexos nesta vasta área.

Tendo em vista o empoderamento da equipe com relação ao tema, trabalhamos em algumas reuniões de equipe o caderno de número 34 do Ministério da Saúde, que versa sobre cuidados em saúde mental na atenção básica, assim como alguns artigos de revisão sobre a abordagem de saúde mental na atenção primária à saúde (APS).

Visando a promoção, prevenção e recuperação da saúde mental, podemos lançar mão de diversas metodologias.

A consulta conjunta é uma medida de grande valia na APS. Lancei mão diversas vezes durante ao ano desta ferramenta, já que outros membros da equipe tinham uma convivência muito maior com certos pacientes comparado a mim, que havia entrado a pouco tempo naquele contexto. A participação de um profissional familiar ao paciente é de grande validade nessas situações, pois deixa este “mais a vontade” durante uma abordagem.

A abordagem multiprofissional é fundamental na busca pela atenção integral do indivíduo. O processo saúde-doença é pautado por um conjunto de fatores, que transcendem apenas processos fisiológicos. A abordagem integral deste é parte essencial na recuperação e manutenção da saúde.

O acolhimento é uma prática de grande valia na APS. Realizar a escuta qualificada do usuário dando encaminhamentos adequados para as demandas é uma ferramenta muito importante quando visamos a prevenção, promoção e recuperação da saúde. Acolher significa abrir o serviço ao usuário, permitindo por parte da equipe, a tomada de medidas que visem garantir a equidade e a integralidade da assistência.

O uso do NASF e de práticas de matriciamento é imprescindível em muitos casos em saúde mental. Por meio destas estratégias, a equipe pode buscar auxílio para manejar casos complexos sem necessitar referenciar o paciente. O principal ganho em manter no serviço o paciente é garantir um atendimento integral.

Em saúde mental, lidamos com um problema inerente ao tema: muitas vezes, não existe uma patologia “palpável”, ou seja, o diagnóstico não pode ser confirmado por meio de um exame laboratorial ou de imagem. Um dos reflexos deste fato são as dificuldades enfrentadas pelo indivíduo quando, por exemplo, necessita ser afastado de suas atividades laborais. Posso dizer que, a regra, é despertar desconfiança nos empregadores, que põem em xeque a boa fé do enfermo. Como profissionais, é essencial orientarmos o paciente no que tange aos direitos laborais que este possui, e auxiliá-lo no que for possível.

A construção de um plano terapêutico singular é de grande valia na saúde mental, tendo em vista individualizar os cuidados frente a complexidade do indivíduo.

Não existe uma receita pronta em saúde mental, pois as variáveis que esta envolve são muito singulares.

Na literatura científica, encontramos dados valiosos para embasar nossas práticas diagnósticas e terapêuticas.

Segundo dados da organização mundial da saúde (OMS) os transtornos mentais responderam por aproximadamente 12-15% da desabilidade no mundo em 2008. Esta cifra representa duas vezes o nível da desabilidade causada por todas as formas de câncer, e maior que a causada por doenças cardiovasculares.

Tornicroft e colaboradores afirmam que uma atenção equilibrada incorpora uma gama de serviços comunitários dentro de contextos locais. Na implementação destes serviços, o que ainda está por se iniciar em alguns locais, é importante continuar com a oferta de todos os benefícios da atenção hospitalar ao mesmo tempo em que se evita seus aspectos negativos. Eles afirmam ser muito mais efetiva que a abordagem segmentada (na qual serviços especializados atuam de forma autônoma e não interligada) a abordagem integrada dos serviços, na qual os componentes do serviço são partes inter-relacionadas de um sistema completo de atenção.

Desjarlais, em seu estudo analisando a gestão em países com poucos recursos com retaguarda de especialistas, conclui que a maior parte dos casos de transtornos mentais devem ser diagnosticados e tratados em contextos de atenção primária à saúde.

O matriciamento, refletido na criação de equipes comunitárias de atenção a saúde mental (ECASM) é considerado por alguns estudiosos o alicerce dos serviços comunitários de saúde mental. O modelo mais simples de oferta de atenção comunitária é generalista, ou seja, não especializado. No interior de um sistema definido de adscrição territorial, as ECASM oferecem uma ampla gama de intervenções, com prioridade aos adultos com transtornos mentais severos. A evidência disponível no Reino Unido sugere benefícios claros nestas equipes multidisciplinares não-especializadas e comunitárias. As ECASM podem promover adesão aos serviços de saúde mental, criar maior satisfação nos usuários e melhorar a satisfação de necessidades.

Com relação a elaboração de um plano terapêutico singular (PTS), existem, atualmente dados que demonstram que o PTS pode ser moderadamente eficaz no aprimoramento da continuidade da atenção, da qualidade de vida e da satisfação dos pacientes, mas são conflitantes as evidências a respeito de produzirem algum impacto em serviços de internação.

Modelos de atenção comunitária têm se mostrado altamente equivalentes, em termos de custo, aos serviços que substituem, de modo que eles não podem ser considerados, primariamente, como medidas de contenção de gastos e redução de custos. Ademais, estudos de custo-benefício em desinstitucionalização e equipes comunitárias de atenção à saúde mental mostraram que a qualidade da atenção é diretamente proporcional aos recursos disponíveis para os serviços.

Com base nas evidências e reflexões encontradas em literatura científica que versam sobre o tema, creio que tive minhas práticas modificadas. Carrego em minha formação um viés terciário, tendo em vista meu contato com serviços especializados. Com base nisso, me deparei com muitas situações em que minha conduta inicial seria referenciamento do paciente. Entretanto, devido as dificuldades enfrentadas para tal, busquei embasamento teórico que ampliasse meus conhecimentos no manejo destes casos, procurando aprimorar o serviço prestado aos pacientes que atendia.

Os resultados são muito animadores: em mais de um caso obtive sucesso terapêutico sem necessitar referenciar o paciente para um especialista. O trabalho em equipe multidisciplinar, o uso de ferramentas como matriciamento e o empoderamento

que obtivemos como equipe baseado na pesquisa em literaturas científicas foi o cerne para estas conquistas.

Naturalmente, existem casos que são demasiado complexos para serem manejados por uma equipe generalista.

Entretanto, o atendimento inicial deve ser sim prestados pela equipe de APS, e este transcende apenas a realização de um “encaminhamento”. Abordar o paciente integralmente e despertar neste o sentimento de que a equipe próxima a ele está preocupada em ajuda-lo é muito importante para o sucesso terapêutico , mesmo que este seja prestado, em parte, por uma equipe ou profissional especializado pertencente a rede.

#### 4. VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é uma importante ferramenta na Estratégia de Saúde da Família. Ir até o domicílio de um usuário nos permite entender como é a realidade de um usuário e de sua família, identificando as potencialidades e as dificuldades na instituição de uma abordagem diagnóstica ou terapêutica.

Em pacientes com doenças crônicas, por exemplo, a visita domiciliar nos permite identificar fatores que possam estar contribuindo para a falha terapêutica. Um exemplo que vivenciei foi quando fiz uma visita domiciliar a uma paciente diabética que não obtinha controle adequado da glicemia, mesmo com a introdução do uso de insulina. No domicílio, pudemos conferir que a paciente vivia sozinha, era analfabeta e acondicionava de uma forma incorreta a insulina, o que vinha por inutilizar a medicação. Após tal constatação, pudemos orientar adequadamente a paciente, o que surtiu efeitos positivos no seu controle glicêmico.

Na Estratégia de saúde da família São José, a visita domiciliar era realizada pelo médico, enfermeiras, técnicos em enfermagem e psicólogo. A dentista não realizava de rotina esse tipo de abordagem, dada a limitação imposta pela necessidade de uso de tecnologias específicas. Os objetivos nestas visitas variavam de acordo com as necessidades do usuário e do escopo profissional de cada um.

É mandatório termos em mente que todos os profissionais da ESF possuem igual importância para o correto funcionamento da unidade. Entretanto, sabemos que a demanda por atendimentos médicos acaba sendo muito intensa, tendo em vista que algumas demandas somente podem ser atendidas por este (como renovação de receitas ou preenchimento de atestados médicos).

Isso acabava por demandar que existisse um fluxo bem definido, sendo necessário identificar a demanda do usuário e definir qual o profissional que está apto a atendê-la, assim como se esta não pode ser realizada na unidade.

A vigilância das agentes comunitárias identificava as demandas e passava a equipe. Em caso de solicitação pelo usuário, geralmente, estas realizavam uma visita no dia seguinte a esta, para identificar a situação que está ocorrendo. Após, essas informações são trazidas até a equipe, que define se existe necessidade e qual o profissional adequado para realizar a visita.

Caso o local fosse próximo a UBS, a equipe se deslocava sem a necessidade de solicitação de um carro. Quando este era necessário, não enfrentávamos maiores dificuldades em obtê-lo junto a secretária municipal da saúde.

Na prática, os atendimentos que eram solicitados pelo próprios usuários geralmente englobavam a aferição de pressão arterial, troca de curativos e renovação de prescrições médicas.

Dois situações em que lançávamos mão da visita domiciliar era na busca ativa dos casos de fuga de pacientes do acompanhamento pré-natal e não comparecimento a consultas de puericultura, dada a importância destes para a saúde de dois grupos de risco para agravos.

É imprescindível que tenhamos em mente que a visita domiciliar é uma ferramenta de grande valia em uma ESF. Entretanto, esta deve ser realizada com julgamento criterioso. Como devemos fazer um julgamento antes da solicitação de uma exame, é importante racionalizarmos as visitas domiciliares, dada a utilização de recursos humanos e a necessidade de corte de outros atendimentos por parte dos profissionais para a sua realização.

É necessária uma educação continuada da população com relação as situações que demandam uma visita domiciliar, para evitar o mal uso desta ferramenta, com aumento de custos e sobrecarga da equipe, em detrimento dos outros usuários adstritos.

Creio que da maneira como era organizado o fluxo para a realização de visitas domiciliares na ESF onde atuava era satisfatório e garantia o atendimento das demandas que chegavam até a equipe.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Após findas as atividades do Programa de Valorização da Atenção básica, tenho o entendimento de que tanto as atividades teóricas realizadas no curso de especialização quanto o componente prático realizado em campo refletiram em mudanças positivas na minha atuação profissional.

É importante frisar que, mesmo tendo como objetivo atuar em níveis mais complexos das redes de atenção à saúde, o conjunto de conhecimentos e experiências que levo do programa, certamente, me ajudarão a aprimorar o atendimento que presto aos pacientes. A vivência na “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde permite que tenhamos uma visão mais ampla das dificuldades enfrentadas neste nível de atenção assim como das fragilidades e das potencialidades na atuação dos níveis mais complexos de rede.

O início de minhas atividades coincidiu com a implantação do sistema de prontuário eletrônico pela prefeitura municipal, o que representou um desafio extra: além de ter de me adaptar a rotina de trabalho de uma ESF, tive de aprender como inserir diversas informações em um sistema que não me era familiar. Entretanto, passada a fase de adaptação, pude vivenciar o quão benéfica é a digitalização destas informações: redução de emissão de papéis, acesso as consultas realizadas pelo usuário nos serviços secundários e de pronto-atendimento municipais, conferência da disponibilidade de medicações na farmácia municipal.

Cabe destaque ao ambiente multiprofissional e acadêmico ao qual pude me inserir: com programas de residência multiprofissionais e residência médica em saúde da família e da comunidade, o contato com profissionais de diversas áreas foi uma rotina diária, o que permitiu um intercâmbio muito rico de experiências e conhecimentos, os quais levarei por toda minha vida profissional. A prefeitura municipal se mostrou adepta da realização de atividades visando a educação continuada dos profissionais que integram a rede municipal, e os reflexos dos conhecimentos adquiridos nos eventos de capacitação podiam ser vistos na prática diária dos profissionais nos diversos serviços.

Um dos grandes desafios na minha prática profissional foi o atendimento a casos de saúde mental, dada a dificuldade de referenciamento de pacientes para serviços especializados no município. Por meio do matriciamento, pude ampliar meus conhecimentos na área, além de aprimorar a assistência prestada a meus pacientes.

Como contribuição, creio que pude auxiliar na implantação da rotina de testagem rápida na prática diária da ESF, como propus em meu projeto de intervenção. Dados preliminares mostram que foram realizados mais de 200 testes rápidos para HIV, números que superam os indicadores da totalidade municipal de exames do gênero realizados em 2015.

Tive uma grande ampliação da visão integral do paciente com minha formação realizada em um hospital de atenção terciária, pois entrei em contato com patologias graves/raras e com desfechos patológicos já estabelecidos. Na atenção básica, pude vivenciar e intervir em níveis anteriores do processo patológico, desenvolvendo atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Cabe destacar que a ESF São José, meu local de atuação, tem um funcionamento muito satisfatório dentro dos preceitos estabelecidos pelas diretrizes que regem a atenção básica no Brasil. Com uma equipe organizada, cooperante e comprometida com



o atendimento da população adstrita, mudei muitos pré-conceitos que tinha em relação ao conhecido “postinho”.

Naturalmente, existem fragilidades que prejudicam o bom andamento do serviço prestado a comunidade. Mesmo com o funcionamento tipo equipe dupla, a população adscrita de mais de 16.000 pessoas ultrapassa em quase 2x o recomendado pelo MS. Ademais, este excesso se reflete na falta de espaço físico dentro da unidade, dado o grande número relativo de profissionais e de atendimentos.

Outro ponto carente é a listagem de medicamentos oferecidos pela farmácia municipal composta por alguns fármacos em desuso, carente de algumas medicações mais atualizadas e com falta de estoque suficiente para atender a demanda em alguns períodos do ano.

Ademais, a suspensão da solicitação de alguns exames pelo médico da atenção básica (como ecocardiogramas), tendo em vista o corte de custos, prejudica uma atenção integral do usuário e faz necessário o referenciamento deste a um serviço de maior complexidade para a simples solicitação de um exame rotineiro em algumas situações. Esse fato vem por aumentar a morosidade do sistema, além de aumentar custos. Ao meu ver, a instituição de protocolos assistenciais municipais seria mais adequado.

O município de Santa Maria possui apenas 26% de sua população coberta pelo sistema de ESF. Como morador da cidade desde meu nascimento, residente em uma área não coberta pelo programa, nunca senti falta da sua ausência. Agora, com minha saída do ESF São José, vejo os benefícios a saúde de uma comunidade que tem esse sistema disponível. Hoje, espero que, um dia, o bairro onde eu moro seja coberto por um serviço semelhante ao qual eu fiz parte.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.– Brasília: Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**, 2013.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. POCKET GUIDE TO COPD DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION A Guide for Health Care Professionals 2017 EDITION. Disponível em : <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide.pdf>. Acesso em 06 de abril de 2017.

BESTALL, J.C.; PAUL, E.A.; GARROD .R; GARNHAM, R.; JONES, P. W.; WEDEDZICHA, J.A.; Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Thorax**. v. 54, n, 7, p. 581-6 12, 1999.

Organização Mundial da Saúde – OMS- (2008). Disponível em <http://www.who.org> :. Acesso em: 14 abril. 2017.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev Tempus Actas Saúde Colet**. v. 4, n. 1, p. 105-14, 2010.

Thornicroft, G.; Tansella, M. Better mental health care. Reino Unido: Cambridge University Press; 2009. 184p. ISBN 978-0-521-68946-5.

## **7. ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



## PROJETO DE INTERVENÇÃO

Andreas Horner

### INTRODUÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS (TR) PARA SÍFILIS E HIV NA ROTINA DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Santa Maria, RS

Setembro de 2016

Andreas Horner

INTRODUÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS (TR) PARA SÍFILIS E HIV NA ROTINA  
DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Projeto de intervenção destinado a especialização apresentado ao UNA-SUS- Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (UFCMPA,RS), como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientador: Professor Dr. Rodolfo Souza da Silva

Santa Maria, RS

Setembro de 2016

## RESUMO

### INTRODUÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS (TR) PARA SÍFILIS E HIV NA ROTINA DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTOR: Andreas Horner

Orientador: Professor Dr. Rodolfo Souza da Silva

Infecções sexualmente transmissível (IST) ou Doenças sexualmente transmissíveis (DST) são doenças infecciosas que se transmitem essencialmente, porém não de forma exclusiva, pelo contato sexual. As infecções como a sífilis (em especial a latente) e o HIV são frequentemente assintomáticas. A sífilis em sua maioria das vezes é diagnosticada ou de pessoas com IST ou por triagem em gestantes. As IST são fator de risco para aquisição e transmissão do HIV. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) São José, localizada na zona leste do município de Santa Maria, RS, possui equipe multidisciplinar que presta atendimento a 16.500 pessoas. Atualmente os testes rápidos (TR) para sífilis e HIV não são uma prática corriqueira na unidade. O objetivo desse trabalho é introduzir os TR para sífilis e HIV na rotina do ESF São José integrando as ações de promoção da saúde. Trata-se de uma pesquisa-intervenção organizacional, que incluirá a introdução dos TR em todos os usuários que procurarem atendimento na ESF São José que apresentarem sintomatologia ou fatores de risco para as IST sífilis e HIV. O presente projeto será pactuado com a equipe multidisciplinar da ESF e com o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Os TR serão efetuados nos atendimentos realizados em três meses incluindo a inserção dos agentes comunitários de saúde (ACS). Na sequência serão elaborados mapas para determinar as variáveis envolvidas, como prevalência, gênero, idade, entre outras. Os TR representam novas tecnologias diagnósticas que beneficiarão o diagnóstico precoce e tratamento adequado e oportuno da sífilis e do HIV. Consultas de manutenção serão georreferenciadas para serem acompanhadas pelos ACS. O projeto será monitorado quinzenalmente em reunião entre a equipe do ESF e ACS, e no final dos três meses, será realizada uma apresentação dos resultados para avaliação da intervenção. Os resultados esperados, além da introdução do diagnóstico local dessas duas IST incluirá a qualificação do atendimento realizado na ESF, amplificação da notificação compulsória e expansão e consolidação no preparo e planejamento de estratégias de prevenção e de intervenção terapêutica imediatas.

**Palavras-chaves:** intervenção, testes rápidos, sífilis, HIV, Infecções sexualmente transmissíveis.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2 PROBLEMA.....</b>	<b>7</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>7</b>
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>4.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>8</b>
<b>4.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>8</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>9</b>
<b>6 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>12</b>
6.1 Pactuações das ações .....	12
6.2 Organização e gestão do serviço.....	12
6.3 Execução das ações.....	13
6.4 Monitoramento e avaliação.....	14
<b>7 CRONOGRAMA.....</b>	<b>14</b>
<b>8 RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>15</b>
<b>9 RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>15</b>
<b>10 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser recomendada a partir de 1999 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), pela sociedade científica mundial e por alguns países em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) pelo fato de abranger infecções frequentemente assintomáticas.

As IST possuem múltiplas etiologias, acompanham a sociedade desde sua genesis, e na atualidade desempenham relevante impacto na qualidade de vida das pessoas, nas relações pessoais, familiares, sociais e morbi-mortalidade. Portanto, combater este tipo de infecção segue sendo um desafio em saúde pública pela possibilidade de mesmo sem sinais e sintomas serem transmitidas.

As equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atuam na promoção da saúde, prevenção e recuperação constituem os profissionais que podem orientar estas famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade.

O município de Santa Maria encontra-se localizado no centro do estado do Rio Grande do Sul (RS) e possui uma população de 263.662 habitantes, índice de desenvolvimento humano (IDH0 de 0,846 e expectativa de vida de 74,64 anos (IBGE, 2010).

Dados disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do rio Grande do Sul (SESRS) revelam que houve um ressurgimento na incidência das IST, particularmente sífilis e HIV.

Este município registrou em 2014 33,5 novos casos de HIV por 100 mil habitantes, um número em queda frente aos anos anteriores, mas bem acima da média nacional no mesmo período (19,7por 100 mil habitantes).

Em relação a sífilis congênita, em 2013 no RS a incidência era de 6,9 casos/mil de nascidos vivos, 4,7casos/mil nascidos vivos no Brasil contra 9,4/mil nascidos vivos em Santa Maria, no mesmo período.



Desde 2014, entre as IST, a sífilis congênita e a sífilis em adultos têm sido consideradas prioridade pelo Departamento de DST, Aids e hepatites Virais (DDAHV) (BRASIL, 2015).

A introdução dos testes rápidos para sífilis e HIV, iniciados em 2012 pelo Ministério da Saúde (MS) apresenta papel fundamental na luta para a redução destes indicadores. Estes TR permitem o diagnóstico do HIV e a triagem para sífilis em apenas 15 minutos beneficiando-se de novas tecnologias de baixa densidade e fácil aplicação na rede básica. Com isso, temos unidas a rapidez e facilidade no diagnóstico, o que auxilia na redução da evasão dos usuários que não compareciam posteriormente na estratégia para buscar os resultados do teste sanguíneo.

No ano de 2014, no município de Santa Maria foram realizados 301 TR de HIV e 308 de sífilis, com 24 e 52 amostras reagentes, respectivamente. Considerando que o município possui 26 estabelecimentos de saúde básica (entre Unidades básicas de Saúde - UBS e ESF), entre os dois TR a média foi de 11,70/ano /UBSe/ou/ESF, um número extremamente baixo.

Na ESF São José, localizada na zona leste do município de Santa Maria, 16.500 pessoas são atendidas por equipe multidisciplinar, sendo que a assistência à saúde funciona, neste ESF como na maioria dos municípios no Brasil, mediante o agendamento de consultas, apresentando dificuldades para o atendimento por demanda espontânea. Visando à quebra da cadeia de transmissão das IST assintomáticas como a sífilis e o HIV, torna-se necessário a rediscussão do processo de trabalho neste local, para realizar um acolhimento adequado dos usuários.

Atualmente, no ESF São José, os TR não se constitui prática corriqueira na estratégia, sendo preferidos os testes sanguíneos convencionais.

A criação pela gestão atual de uma política municipal de IST com a finalidade de seguir as orientações propostas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) na atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis do MS (BRASIL 2015), propõe que o atendimento deve ser organizado de forma que o diagnóstico e tratamento deve ser instituído durante a consulta ambulatorial no serviço de saúde, como forma de diminuir a vulnerabilidade às IST. Destaca ainda a

importância da equipe rediscutir o processo de trabalho, refletindo sobre identificação, captação, aconselhamento e diagnóstico de IST.

A ampliação da testagem rápida para sífilis e HIV, pode ser o ponto de partida para o empoderamento da equipe e apropriação do contexto do território e de sua população no que tange o delicado assunto que são as IST, tendo em vista o impacto que causam na vida das pessoas.

## 2 . PROBLEMA

As IST prevalentes na cidade de Santa Maria, sífilis e HIV, são frequentemente assintomáticas. O trabalho desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família (ESF) São José não contempla a realização dos TR, portanto falha na triagem desse tipo de infecção (predominantemente assintomática), repercutindo na efetividade do diagnóstico, tratamento e ações de prevenção das pessoas que apresentam uma IST ou fatores de risco para, e suas parcerias sexuais.

Atualmente não são realizados na ESF São José TR para efetuar a triagem em todos os pacientes que procuram atendimento com suspeita de IST assintomática, entre elas a sífilis e HIV.

## 3. JUSTIFICATIVA

Nas reuniões da equipe multidisciplinar da ESF São José continua o relato da dificuldade em diagnosticar nas consultas as IST assintomáticas. Este problema se acentua nas mulheres as quais, devido as IST normalmente não apresentarem sinais e sintomas, faz com que elas procurem consulta somente quando as complicações já estão presentes, aumentando sua vulnerabilidade.

A introdução dos TR diagnóstico nestas duas IST assintomáticas, ie., sífilis e HIV, em todos os pacientes atendidos com suspeita de IST e ou fatores de risco envolve justamente a nova abordagem de Política Pública que propõe o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas na atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis do MS (BRASIL 2015) combinando a triagem e tratamento das IST assintomáticas, interrompendo assim a sua cadeia de transmissão, prevenindo outras infecções e possíveis complicações.

A realização dos TR no manejo destas IST assintomáticas constituirá na aplicação de novas tecnologias diagnósticas qualificando o atendimento realizado na ESF, amplificando a notificação compulsória e indo rumo a consolidação no planejamento de estratégias de prevenção e de intervenção terapêutica imediatas por parte de seus membros.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Introduzir os testes rápidos para sífilis e HIV na rotina da ESF São José, Santa Maria, RS, utilizando os testes imunocromatográficos validados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde como forma de atenção integral às pessoas com IST.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar os TR para sífilis e HIV em todos os usuários que procurarem atendimento da ESF São José com sintomatologia ou fatores de risco para estas duas IST no período de três meses;
- Capacitar a equipe multiprofissional para a realização do TR de sífilis e HIV;
- Elaborar mapas quantitativos da demanda dos TR de sífilis e HIV da população atendida referentes a idade e gênero, entre outros;
- Realizar consultas de manutenção georreferenciadas e acompanhadas pelas ACS;
- Desencorajar a prática de agendamento para TR, consolidando o atendimento de demanda espontânea preconizado pelo ministério da saúde.

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

A terminologia infecção sexualmente transmissível (IST) foi adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1999, a qual recomenda a substituição à expressão doença sexualmente transmissível (DST) por abranger melhor as infecções assintomáticas (OMS, 2001). Além disso, o termo tem sido utilizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e por uma vasta gama de sociedades e publicações científicas (OMS, 2001; BRASILa, 2015).

As IST figuram entre as causas mais comuns de doença no mundo, constituindo na atualidade, ainda, em muitos países, um problema relevante de saúde pública devido ao impacto na qualidade de vida das pessoas, nas relações pessoais, familiares e sociais (OMS, 2001; BRASILa, 2015).

As IST são frequentes e possuem muitas etiologias, podendo ser causadas por mais de 30 agentes etiológicos diferentes, entre vírus, bactérias, fungos e protozoários sendo transmitidas principalmente por contato sexual e eventualmente por via sanguínea. A transmissão de uma IST pode ainda ocorrer da mãe para a criança durante a gestação, no parto ou a amamentação (OMS, 2001).

As infecções do trato reprodutivo (ITR), segundo classificação internacional, abrangem três grupos principais de infecções, em especial nas mulheres e, por vezes, nos homens, que são: as infecções endógenas do trato genital feminino (como a candidíase vulvovaginal [CVV] e a vaginose bacteriana [VB]; as infecções iatrogênicas que podem derivar de práticas médicas, pessoais ou culturais não esterilizadas (ex.: as pós-aborto), e as IST clássicas (MEDCURSO, 2016; MEDCURSO, 2015; BRASILa, 2015).

A VB, a qual constitui a causa mais frequente dos corrimentos genitais em todo o mundo e possui maior frequência em mulheres sexualmente ativas, não é uma IST mas entendida como um desequilíbrio da flora vaginal (classificada como infecções endógenas), e portanto, as ações clínicas e de saúde pública recomendadas para as IST não são aplicáveis a VB, não se recomendando o tratamento dos parceiros como prática de rotina (M.E.D., 2016; OMS, 2001).

O surgimento e difusão da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) aliado ao aumento a resistência de vários agentes patogênicos sexualmente transmissíveis apresentaram um enorme impacto no tratamento e controle das IST (OMS, 2001). No Brasil o MS preconiza que o serviço de saúde deve garantir a oferta do exame de HIV para todos os usuários que busquem a unidade, independentemente do motivo da procura (BRASILb, 2015).

O Teste Rápido é um dispositivo de teste de uso único, que não depende de infraestrutura laboratorial e que produz resultado em tempo inferior a 30 minutos (BRASILc, 2015).

O programa “ Rede Cegonha” fez parte de uma estratégia lançada pelo Governo Federal em março de 2011, no sentido de orientar e subsidiar os gestores e os trabalhadores da saúde na implantação dos testes rápidos de HIV e de sífilis no âmbito da Atenção Básica, com responsabilidades nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Este programa constitui-se em uma iniciativa que visa alcançar muitos objetivos, entre os quais a redução do número de óbitos evitáveis de mulheres e de crianças no país (BRASILd, 2015).

Esta ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal na Atenção Básica do Programa Cegonha se baseia na oferta e execução dos TR de HIV e de sífilis visando a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita, bem como redução da mortalidade materna e infantil. Porém frisa que sua implantação tem dependência da cooperação e do trabalho interfederativo de gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS (BRASILd, 2015).

Segundo estas orientações e em citação literal destas orientações deste documento, “a implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem de sífilis na Atenção Básica, compõe o conjunto de estratégias do Ministério da Saúde que visam a qualificação e a ampliação do acesso da população brasileira ao diagnóstico do HIV e detecção da sífilis” (BRASILd, 2015).

Os TR para sífilis, assim como os testes rápidos para as Hepatites B e C são exames de triagem sorológica, ou seja, há necessidade de exames laboratoriais

complementares para o diagnóstico, mas no caso do teste rápido de HIV o mesmo define o diagnóstico (BRASILd, 2015; LOPES, 2016).

Em São Paulo, SP, município do Brasil com maior população, o diagnóstico precoce da sífilis é efetuado com os Testes Rápidos, sendo que das 480 unidades básicas de saúde (UBS) que realizam o atendimento da população do município, 180 já aplicam o TR para sífilis, considerado o fator-chave na detecção precoce no pré-natal. Neste município os TR de sífilis vêm sendo priorizados como estratégia de diagnóstico precoce por meio de capacitações. Assim como em outras regiões do Brasil, observou-se nesse município um aumento da sífilis em mulheres e em gestantes adolescentes, consideradas populações vulneráveis. Este aumento da sífilis foi mais significativo do que o HIV em gestantes: no estado de São Paulo, em 2012, 20% das mulheres com sífilis na gestação tinham menos de 19 anos (BRASILE, 2015).

A implantação da metodologia rápida nos serviços que compõem o SUS é um processo que requer além da capacitação dos profissionais no sentido de prepará-los tecnicamente para a execução do procedimento a revisão da organização dos processos de trabalho instituídos nos serviços, assim como também a articulação política entre os órgãos gestores do Sistema. Por essas razões para que o processo de implantação do TR sejam coroados com êxito são recomendadas algumas estratégias como: realização de reuniões de articulação com os gestores estaduais e municipais do SUS e profissionais dos serviços em que o teste será implantado e capacitação de das unidades de saúde os quais serão os executores do teste rápido e extensa discussão sobre a organização dos serviços e a inserção do teste rápido na rotina. Faz parte ainda da orientação que a implantação dos testes rápidos para HIV e sífilis na Atenção Básica se inicie de acordo com as evidências epidemiológicas locais (BRASILE, 2015).

## **6. MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa-intervenção organizacional, que incluirá a introdução dos TR para sífilis e HIV em todos os usuários que procurarem atendimento na ESF São José, município de Santa Maria, RS que apresentarem sintomatologia ou fatores de risco para as IST sífilis e HIV.

A seguir descreveremos as ações que serão realizadas nessa pesquisa, contemplando as seguintes etapas: pactuação das ações, organização e gestão do serviço, execução das ações e monitoramento e avaliação.

### **6.1 Pactuação das ações**

O projeto será apresentado por mim, médico PROVAB, em reunião semanal da ESF São José, com data a ser agendada, na qual serão esclarecidas as etapas desta pesquisa-intervenção e as atividades detalhadas de cada profissional da equipe multidisciplinar que estarão envolvidos.

Posteriormente o projeto será apresentado na reunião mensal do Conselho Municipal de Saúde e alterações poderão ser efetuadas, se necessárias.

### **6.2 Organização e gestão do serviço**

Na primeira quinzena do mês de agosto será realizada uma oficina envolvendo todos os profissionais da equipe multidisciplinar da ESF São José, incluindo os agentes comunitários de saúde com o objetivo de discutir detalhadamente as ações a serem realizadas e os respectivos agentes responsáveis por cada ação.

As consultas de manutenção dos usuários que os TR resultaram positivos serão acompanhadas pelos ACS. O georreferenciamento será efetuado utilizando o *software GPS Visualizer* disponível na internet gratuitamente. Assim serão elaborados mapas delimitando as áreas de atuação dos ACS. Esta atividade deverá ter frequência mensal,



por no mínimo três meses, com manutenção mantida até quando a equipe julgar necessária. Nestas visitas deverão ser preenchidas planilhas padrões a serem elaboradas em conjunto com a equipe, nas quais constarão dados como nome do paciente (como idade, gênero, estado civil, de instrução, medicamentos utilizados, tipo de TR positivo - sífilis ou HIV- entre outros), as quais servirão de referência para o monitoramento da intervenção.

### **6.3 Execução das ações**

A execução das ações dos TR para sífilis e HIV iniciará no mês de setembro. Serão realizados os TR para sífilis e ou HIV, precedidos de uma abordagem profissional adequada, em todos os usuários que procurarem atendimento na ESF com as referidas suspeitas, já referenciadas. Os TR serão colhidos no momento desta primeira consulta, sendo que o paciente ao deixar o ESF deverá fazê-lo com a conduta terapêutica devidamente instituída.

Os ACS terão atuação fundamental nas consultas de manutenção ou também chamadas de seguimento e na atenção às parcerias sexuais, bem como ao acesso aos insumos de prevenção.

A ação conjunta de toda a equipe estabelecerá uma rede de confiança entre os profissionais da saúde e as pessoas com as IST sífilis e ou HIV, garantindo a confidencialidade das informações., além do esclarecimento de dúvidas.

Os TR que resultarem positivos será efetuada a notificação compulsória.

### **6.4 Monitoramento e avaliação**

O projeto será monitorado quinzenalmente em reunião realizada entre a equipe da ESF São José e os ACS.

Serão discutidas situações especiais que os componentes julgarem pertinentes. Nestas reuniões serão entregues relatórios norteadores das ações desenvolvidas.

Mensalmente será comunicado na reunião com a Secretaria Municipal da saúde os dados envolvendo os TR efetuados.

No final dos 3 meses de realização desta pesquisa será realizada uma apresentação para a equipe multidisciplinar e a SMS, dos dados para avaliação da intervenção.

## 7. CRONOGRAMA

	<b>jul</b>	<b>ago</b>	<b>set</b>	<b>out</b>	<b>nov</b>	<b>dez</b>
<b>Pactuação das ações</b>	<b>x</b>					
<b>Organização e gestão do serviço</b>		<b>x</b>				
<b>Execução das ações</b>			<b>X</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
<b>Monitoramento e avaliação</b>			<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>

## **8. RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **8.1 Recursos materiais**

- Os TR de sífilis e HIV deste projeto serão disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, RS para a ESF São José.

Além disso serão necessários:

- O computador e o *datashow* (material permanente) utilizado para execução desse trabalho será disponibilizado pela ESF São José, assim também como a tinta da impressora, caneta, papel A4;

- O georreferenciamento das consultas e das consultas de manutenção agendadas será realizado em *software* gratuito, disponível na internet (*GPS Visualizer*);

### **8.2 Recursos humanos**

Os recursos humanos serão representados pelos profissionais que atuam no ESF São José.

## **9. RESULTADOS ESPERADOS**

- Introduzir os TR da sífilis e HIV;
- Qualificar o atendimento realizado na ESF São José;
- ampliar a notificação compulsória;
- capacitar a equipe multidisciplinar do ESF São José ampliando a autonomia

na

tomada de decisões;

- aumentar a adesão do tratamento do portador de IST;
- expandir e consolidar o planejamento de estratégias de prevenção e de intervenção terapêutica imediatas das IST sífilis e HIV.

## 10. REFERÊNCIAS

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. –Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica - Manual para Profissionais Médicos** - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASILc. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASILd. ORIENTAÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS DE HIV E SÍFILIS NA ATENÇÃO BÁSICA Rede Cegonha – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASILE. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Caderno de boas práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2015.

LOPES, A. C. M. U. et al. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. **Rev Bras Enferm** . v 69, n.1, p. 62-66, 2016.

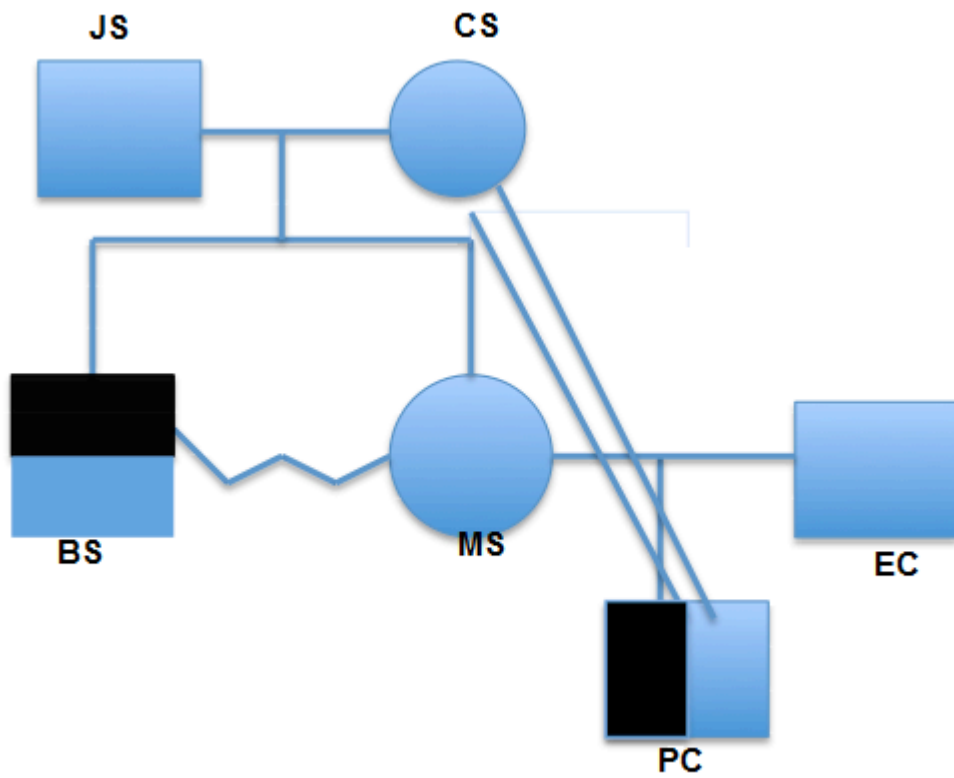
Organização Mundial da Saúde. **Orientações para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis**.1. Doenças sexualmente transmissíveis - diagnóstico 2. Doenças sexualmente transmissíveis- terapia 3. Anti-infecciosos - uso terapêutico 4. Diretrizes para a prática clínica I. Reunião consultiva para melhorar o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (2001 : Genebra, Suíça).

MEDCURSO, VOLUME 6, MEDYN EDITORA, 2015.

GINECOLOGIA, SINDROMES DE TRANSMISSÃO SEXUAL, VOLUME 1, M.E.D. 2014.

## 8. OUTROS ANEXOS:

### 1. Genograma



#### Legenda:

