

## **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.



Ministério da  
**Saúde**

**Renann Keiji Murakami Lima**

**Abordagem da doença inflamatória pélvica com base no método centrado na pessoa**

**Santarém - PA**

**2017**

**Renann Keiji Murakami Lima**

## **TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação da Professora Dra. Ivone Andreatta Menegola, médica especialista em medicina geral e comunitária, mestre em Saúde Coletiva.

**Santarém - PA**

**2017**

**SUMÁRIO**

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	4
<b>2</b>	<b>ESTUDO DE CASO CLÍNICO</b> .....	7
<b>3</b>	<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS</b> .....	13
<b>4</b>	<b>VISITA DOMICILIAR</b> .....	15
<b>5</b>	<b>REFLEXÃO CONCLUSIVA</b> .....	18
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	20
	<b>ANEXO I - PROJETO DE INTERVENÇÃO</b> .....	21

## 1 INTRODUÇÃO

Renann Keiji Murakami Lima, médico, graduado no ano de 2015 pela Universidade do Estado do Pará (UEPA), no campus de interiorização do município de Santarém/PA. Campus este que utilizava a metodologia denominada PBL (*Problem Based Learning*), sendo pioneiro na região Norte ao utilizar tal metodologia no curso de graduação em medicina. Durante a graduação dediquei-me quase que integralmente a áreas relacionadas à Medicina de Urgência e Emergência, sendo monitor do Laboratório de Habilidades Cirúrgicas, Clínicas e Semiologia, fundador e presidente da Liga Acadêmica de Urgência e Emergência do Pará (LAUEP). Fui bolsista durante 3 anos do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq), com pesquisas relacionadas a educação Médica. Embora estudasse em um campus em que o curso de medicina possui o seu Projeto Político e Pedagógico voltado para a Saúde Coletiva, me interessei pela área apenas no último ano do curso. Até então, minha única experiência na referida área deu-se através do Programa de Educação em Saúde pelo Trabalho (PET Saúde), o qual fui bolsista no ano de 2013. Atualmente, atuo como médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro do Santo André, localizado na periferia do município de Santarém- Pará, Coordenador Médico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santarém (SAMU), coordenador médico do Centro de Instruções e Sobrevivência na Selva (CISS) e médico voluntário há 15 meses do Projeto Quilombo, que presta atendimento mensal a 19 comunidades quilombolas, em três grandes polos, localizado as margens do Rio Trombetas através de um barco-hospital adaptado para tal finalidade.

Desenvolvo as atividades do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) na UBS do bairro do Santo André, município de Santarém, sendo este o 2º mais populoso município, com aproximadamente 300 mil habitantes, fora da grande área metropolitana de Belém (capital do Estado), localizado na Avenida Edvaldo Leite S/N, esquina com a Travessa Humaitá, limitando-se ao Norte com o bairro do Diamantino, ao sul com o bairro da Vitória Régia, leste com o bairro do Urumari e ao oeste com o bairro da Nova República. Inaugurada no ano de 2014 atende a 1.898 famílias, contabilizando cerca de 7.000 moradores na área. A unidade funciona com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) composta por dois médicos, três enfermeiros, um odontólogo, um técnico em saúde bucal, dois técnicos em enfermagem, dois auxiliares administrativos, um auxiliar de serviços gerais, dois vigias e oito agentes comunitários de saúde, que cobrem a grande área do Santo André. Embora seja cadastrada como uma UBS a unidades desenvolve ações e programas do

Programa Saúde da Família. Possui ainda uma fisioterapeuta e uma educadora física que não estão cadastradas na unidade e desenvolvem atividades na UBS de forma voluntária, através de um Programa Viver sem Dor, implementado pela nossa equipe.

Embora possua uma demanda expressiva de doenças como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, doenças mentais, doenças emergentes como Hanseníase, as mais prevalentes são as infecções de vias aéreas superiores (resfriado comum, faringoamigdalite, otite média aguda, entre outras), doenças gastrointestinais (gastrite, DRGE, doenças diarreicas e vômitos) e doenças osteomusculares (lombociatalgias, hérnia de disco, compressão medula, lombalgias inespecíficas).

Com relação aos programas desenvolvidos pela UBS os que apresentam maiores números de inscritos são, em ordem decrescente, Pré-Natal, Crescimento e Desenvolvimento, Hiperdia, Saúde Mental e Planejamento Familiar. Em virtude da demanda de tais afecções e da insuficiência de insumos ofertados pela gestão municipal, desenvolvemos parcerias com as distribuidoras de medicamentos do município de Santarém, que destinam uma parcela de medicação (anti-hipertensivos, sintomáticos, fitoterápicos, medicação sem uso controlado) para a UBS, deixando apenas exclusos medicações de uso controlado, tais como anti-psicóticos, ansiolíticos, antibióticos e similares.

A unidade conta com o Programa Saúde na Escola (PSE), que leva atendimento médico e odontológico, educação em saúde, antropometria, suplementação de ferro e vitamina A, imunização e capacitação de professores de três escolas municipais, através de visitas e atividades com os profissionais da UBS.

Para tanto, a unidade do Santo André conta com o apoio dos Conselhos Comunitários (formado por representantes das escolas, moradores, profissionais de saúde, líderes religiosos) e da Associação de Moradores do Bairro, além de creches e afins, a exemplo da creche Unidade de Ensino Infantil (UMEI) que está com a sua sede própria em construção, atendendo crianças entre 3 e 5 anos de idade e das escolas municipais de ensino fundamental do bairro do Santo André e Joaquim Cavalcante Maia, que possuem turmas até o 9º ano do ensino médio.

O projeto de intervenção escolhido é focado em estratégias para a redução da carga de hanseníase no contexto amazônico, e surge diante da necessidade apresentada por toda equipe multiprofissional da unidade diante da problemática da hanseníase no contexto da região de Santarém, precisamente do bairro de Santo André. O projeto será apresentado apresentadas

em anexo, e discorre acerca do desenvolvimento de estratégias de educação em saúde nesta comunidade, além dos empecilhos que surgiram durante o ano no que tange à Hanseníase;

Sendo assim busca-se a capacitação da equipe multiprofissional, para aprimoramento das técnicas de busca ativa e áreas de contato, diagnósticos precisos, habilidades para testes de sensibilidade e exames complementares, adequada rede de notificação e desenvolvimento de estratégias em educação em saúde que visem às peculiaridades locais e o rompimento das dificuldades encontradas na comunidade de Santo André.

## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A UBS do bairro Santo André tem grande número de atendimentos relacionados com doenças infectocontagiosas – como hanseníase, faringoamidalites e infecções gastrintestinais. Nesse contexto, também podemos incluir as doenças sexualmente transmissíveis, que entram no diagnóstico diferencial de uma queixa muito frequente em consultas da atenção básica: o corrimento vaginal.

O registro clínico da paciente inserido neste segmento do trabalho foi realizado seguindo o método SOAP, considerado bastante efetiva na prática clínica na Atenção Primária à Saúde. Segundo RAMOS (2008), o registro SOAP faz parte do Método Clínico Centrado na Pessoa, que preconiza a formação de uma base de dados da pessoa, da lista de seus problemas e as notas de evolução clínica detalhadas. Com a necessidade de seguimento da pessoa atendida, optou-se por usar o SOAP como forma de otimizar a dinâmica do acompanhamento da história clínica. O Método Clínico Centrado na Pessoa também busca explorar a doença como experiência, o que intensifica a relação médico-paciente.

➤ **21/11/2016**

### **Subjetivo (S):**

Paciente A.F.B.M, de 34 anos, é originária e procedente do município de Parintins (AM) há 1 ano e chega para primeiro atendimento na UBS, com temperatura de 36,9°C e PA de 110x70 aferidas pela equipe de enfermagem. Traz a mãe como acompanhante, Dona F., de 56 anos.

A data da última menstruação (DUM) é do dia 7/11/2016, a qual vem em fluxo normal, de forma regular a cada 30 dias aproximadamente, com duração de 6 dias. Refere ser primigesta (gestação há 6 anos, parto cesáreo), sexualmente ativa com um parceiro fixo há 2 meses, com o qual não possui relação estável e de exclusividade. A última relação sexual foi há 10 dias. Usa DIU de cobre como único método anticoncepcional há 1 ano. Ambas relatam nunca terem realizado mamografia ou exame colpocitológico.

Nega alergias, uso de medicamentos, histórico de câncer na família, além de comorbidades como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Alega consumir álcool em pequenas quantidades, aprox. 2 vezes por mês. É tabagista desde os 24 anos, tendo



abandonado o cigarro apenas durante a gestação. Está na fase pré-contemplativa do abandono ao tabagismo.

Mudou-se de Parintins para casa de alvenaria com água encanada e luz elétrica no bairro Santo André há 1 ano com a mãe, o filho de 6 anos e uma irmã mais nova (28), autônoma, que tem a tutela da criança na ausência da mãe e da avó. Todos saudáveis e sem doenças relatadas. Dona F. diz sentir dores de cabeça e ondas de calor, dizendo “estar na menopausa”.

A paciente diz ter uma boa relação familiar com a família. Relata não possuir contato com o pai de seu filho. Trabalha durante o dia como caixa em uma panificadora no centro da cidade e à noite cursa o 3º ano do ensino médio em uma escola estadual local, para a qual retornou após ter abandonado o 2º ano aos 18 anos por vontade própria.

Sua queixa principal é “dor no pé da barriga”, constante, em “queimação”, há 4 dias. Também refere que há aproximadamente 15 dias tem percebido corrimento vaginal amarelado cada vez mais volumoso, que fica evidente na roupa íntima – o que tem lhe trazido desconforto e constrangimento. Há 7 dias cursa com disúria e polaciúria. Não há prurido nem houve febre. Ela diz também ter realizado ducha vaginal no 5º dia de corrimento, obtendo apenas melhora por algumas horas.

A mãe da paciente diz desconfiar que a filha tem uma infecção vaginal e atribui isso ao DIU, causando certa ansiedade na paciente em retirá-lo.

### **Objetivo (O):**

Paciente em bom estado geral, calma, fásces atípica, afebril, sem outras alterações à somatoscopia. Ao exame físico geral apresentou dor à palpação superficial e profunda da região suprapúbica, além de dor moderada à mobilização anexial. Sem sinais objetivos de peritonite. Apresenta cicatriz de cesariana. Paciente não traz consigo resultados de exames complementares.

No exame ginecológico externo apresentou vulva levemente hiperemiada, com introito, períneo e ânus sem alterações. Ao exame especular mostrou descarga purulenta de intensidade moderada, além de hiperemia da mucosa vaginal e dor à introdução do espéculo. No exame de toque vaginal relatou dor moderada à mobilização do colo uterino e à mobilização anexial.

### **Avaliação (A):**

Lista de problemas:

- Suspeita de doença inflamatória pélvica (DIP) e cistite simples
- Realização inadequada de proteção contra ISTs
- Sintomas do climatério de Dona F., mãe da paciente
- Desatualização dos exames complementares de ambas
- Tabagismo

A paciente preenche os critérios para diagnóstico clínico da DIP segundo os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde para Infecções Sexualmente Transmissíveis (2015):

- Os 3 critérios maiores: (1) dor pélvica, (2) dor à palpação do colo uterino e (3) dor à mobilização anexial. Todos os critérios maiores são obrigatórios para diagnóstico clínico, somado a 1 critério menor.
- Critério menor: secreção endocervical anormal. Há outros critérios menores que podem ser investigados, todos ausentes na paciente.

A DIP tem como principais agentes etiológicos a *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis*, que são ISTs. Segundo a classificação de Monif para o estadiamento da DIP, a paciente se encontra em Estágio 1 (endometrite/salpingite aguda sem peritonite), de tratamento ambulatorial.

A hipótese de cistite simples se dá principalmente pela disúria e polaciúria. A disúria pode ser externa, causada por irritação vulvar, mas a polaciúria e a alta incidência de associação entre DIP e ITU não-complicada é alta (FEBRASGO, 2014). Diagnósticos diferenciais para as duas hipóteses principais incluem dismenorreia, prenhez ectópica, abortamento séptico e gastroenterite aguda. Dados da anamnese e do exame físico são insuficientes para reforçar o diagnóstico de qualquer uma dessas doenças.

Embora a mãe da paciente atribua a infecção à presença do DIU, dados da OMS (*Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use*, Genebra, 2005) apontam que infecções pela presença do dispositivo devem ser suspeitadas quando os sintomas ocorrem dentro de 3 semanas após o implante. A mesma diretriz diz que quando a DIP ocorre de forma leve, não é necessário retirá-lo a menos que a paciente decida fazer a retirada após ser devidamente instruída, ou que os sintomas não melhorem após 48h de tratamento.

Dentre os outros problemas identificados, merece atenção especial o fato de ambas nunca terem realizado colpocitologia e, no caso de Dona F., a mamografia. Segundo as Diretrizes Brasileiras Para Rastreamento do Câncer de Colo de Útero (INCA, 2016), a idade ideal para iniciar o rastreamento é aos 25 anos se houve sexarca. Para que ambas se atualizem, é necessário que realizem 2 exames com intervalo anual – caso ambos os resultados sejam normais, elas podem realizar com intervalo de 3 anos entre cada exame. A conduta e a periodicidade do exame podem mudar em caso de alteração no exame. A idade para iniciar o rastreamento do câncer de mama é aos 40 anos para mulheres sem fatores de alto risco.

### **Plano (P):**

Embora o diagnóstico de DIP possa ser firmado com elevado grau de certeza no exame clínico, devemos corroborar o diagnóstico com exames laboratoriais sempre que possível, além de lançar mão de exames de imagem para descartar a presença de complicações (como aderências, cistos e coleções). O *Plano Diagnóstico* inclui a solicitação dos seguintes exames:

- Hemograma completo
- EAS
- VHS e PCR
- Sorologias (VDRL, HbSAg, anti-HBc, HIV 1 e 2)
- Ultrassonografia abdominal e pélvica

Os *Planos terapêutico e educativo* envolvem uma série de medidas que visam solucionar os problemas listados. Eles incluem:

➤ Tratamento a nível ambulatorial da DIP, indicado para mulheres com sintomas leves sem sinais de pelviperitonite e que possam receber medicamentos por via oral. Foi prescrito dose única de Ceftriaxona IM, 250 mg, mais Doxiciclina VO, 100 mg de 12/12h por duas semanas. É o tratamento preconizado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), e também deve cobrir germes causadores de ITU. Pede-se que a paciente se abstenha de relações sexuais durante o tratamento, além de instruir o parceiro a procurar unidade de saúde para realizar exame físico adequado, sorologias e tratamento conjunto. Ela opta por não retirar o DIU.

➤ A paciente é instruída a utilizar preservativos, sendo esclarecida de que o DIU protege apenas de gravidez. Tanto o uso de preservativos masculinos quanto masculinos foram estimulados, estando estes últimos disponíveis na própria UBS gratuitamente. A paciente foi informada dos malefícios da ducha vaginal.

➤ A paciente é informada sobre os malefícios do cigarro, que incluem a si mesma e aos outros habitantes da casa que fumam de forma passiva. Há desde métodos comportamentais até medicamentosos para auxiliar a abandonar a dependência em nicotina. Esta é uma questão que deve ser trabalhada ao longo da construção da relação médico-paciente, sem demasiada persuasão, respeitando o interesse do próprio paciente mas estimulando-o ao abandono do vício conforme seu acompanhamento.

Os *Planos de acompanhamento e de estudo* devem ser usados com finalidade de organizar a tomada de decisões posteriores traçando os retornos dos tratamentos e das medidas instituídas.

➤ Foi solicitado retorno da paciente em 3 dias para avaliação de sua sintomatologia. Ela é aconselhada a procurar serviço de urgência e emergência caso apresente piora dos sintomas. Pede-se também que a paciente traga o parceiro na próxima consulta, para aconselhamento.

➤ A paciente deve realizar exame de colpocitologia, mas este deve ser feito após resolução do quadro infeccioso. Já Dona F. recebeu solicitação de rastreamento mamográfico da mama e foi instruída a marcar uma consulta para si própria em 24 dias afim de avaliar os sintomas que atribui ao climatério. Foi prescrito creme intravaginal com promestrieno por 21 dias para posterior exame de colpocitologia.

➤ **24/11/2016**

**S:** Paciente retorna para avaliação após tratamento para DIP. Refere melhora significativa dos sintomas, tendo cessado a dor pélvica e os sintomas urinários. Não houve febre nem o aparecimento de outros sintomas. Segue-se tratamento por via oral com doxiciclina, que deve perdurar por mais 11 dias. Desta vez veio sozinha, diz não ter trazido o parceiro pois este encontrava-se no trabalho.

**O:** Sem alterações ao exame físico geral e ginecológico (na presença de uma das enfermeiras da equipe). Desta vez foi realizado exame das mamas, no qual não foi

evidenciada nenhuma anormalidade. Trouxe resultado de exames laboratoriais, que diz ter realizado gratuitamente (dia 22/11) através de uma amiga que trabalha como técnica no laboratório de análises clínicas de um hospital da cidade. Diz estar na lista de espera para os exames de USG.

- Hemograma completo: leucócitos em torno de 9.500. Sem nenhuma outra anormalidade em séries branca e vermelha
- VHS: 24 mm na 1ª hora (ref: até 20), PCR: 5 mg/dL (ref: até 0,8)
- Todas as sorologias solicitadas negativas

**A:** Houve melhora substancial dos sintomas no decorrer do tratamento empírico. Há demonstração de preocupação crescente por parte da paciente no que diz respeito a um novo episódio de IST e aos rastreios que devem ser realizados, além de interesse em realizar os exames de imagem e a dar continuidade à antibioticoterapia oral. Ao ser questionada sobre o hábito do cigarro, diz estar ciente dos malefícios e que não se sente segura para tentar abandonar o hábito sozinha.

**P:** Continuidade no tratamento oral com doxiciclina por mais 11 dias. Paciente diz que realizará exame de colpocitologia posteriormente em outra unidade. Foi reforçada a importância de tratar o parceiro e utilizar preservativo em todas as relações. Foi solicitado encaminhamento para equipe de psicologia na atenção secundária para abordagem do tabagismo. Solicito retorno com os exames de imagem e, se possível, parecer da psicologia.

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

Na UBS Santo André, no município de Santarém – PA, é notável a eficiência do atendimento em pré-natal e puericultura. A equipe de médicos, enfermeiros, odontólogo, agentes comunitários de saúde e servidores articula entre si atendimento integral e multidisciplinar às gestantes, puérperas, e aos seus filhos após o nascimento, buscando acompanhá-los com periodicidade conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde.

A equipe estimula a utilização dos Cadernos de Atenção Primária como guias das mais diversas afecções, e não é diferente com as gestantes. Os gestores são enfáticos ao estimular o preenchimento completo e adequado da Caderneta da Gestante, que ajuda a agilizar a consulta e fornece dados importantes da história gestacional da paciente. Uma face interessante dos

cuidados pré-natais empregados em nossa UBS é a prescrição de ácido fólico com antecedência para mulheres que desejam engravidar, durante consultas ginecológicas de rotina. A SBGM (Sociedade Brasileira de Genética Médica) indica a prescrição de ácido fólico 3 meses antes da gestação.

As pacientes que faltam às consultas de pré-natal agendadas passam por busca ativa de duas formas. Primeiramente, os servidores da unidade fazem ligação para número fornecido pela paciente durante marcação da consulta. Caso ainda ocorra ausência da paciente, um dos Agentes Comunitários de Saúde se dirige ao endereço da paciente e faz diagnóstico situacional da paciente para identificar o motivo das ausências. Casos de negligência, situação de risco e outras formas de vulnerabilidade (para a gestante ou para o feto) são informadas à equipe para traçar uma intervenção.

A grande maioria das pacientes consegue fazer sem grandes problemas os exames laboratoriais solicitados no início do pré-natal, assim como os exames de ultrassonografia. Pré-natal de risco é encaminhado para o Centro de Referência em Saúde da Mulher, no centro da cidade. Conseguimos manter boa relação de referência e contrarreferência com essa unidade – após término da assistência à gravidez e ao parto, as puérperas continuam em acompanhamento pela unidade básica (quando maiores cuidados não são requeridos), onde já é feita a puericultura dos recém-nascidos.

Os atendimentos de puericultura realizados em nossa UBS possuem dois momentos: o primeiro com a equipe de enfermagem, que colhe dados primários importantes, toma as medidas antropométricas, checa a Caderneta da Criança e marca as tabelas que marcam os índices de desenvolvimento; e o segundo momento, onde é feito atendimento médico que inclui a realização de testes de rastreio (como o reflexo vermelho e os testes de Ortolani e Barlow).

É também no atendimento médico onde as queixas da mãe são ouvidas, além de aconselhamento correto quanto à alimentação da criança, técnicas de aleitamento materno e planejamento familiar. A unidade dispõe amplamente de anticoncepcionais de diversos tipos, além de implantação de DIU. É estimulado que as mães tragam também pais e irmãos à consulta a partir do momento onde as consultas de puericultura se tornam semestrais.

As crianças que não são trazidas para a puericultura na unidade passam pelo mesmo processo de busca realizado para as gestantes ausentes. Aqui, destaca-se a situação vacinal das crianças, que dependem de prazos específicos. Em algumas situações, a visita do ACS foi indispensável para que situações de vulnerabilidade importantes fossem identificadas.

Praticamente de forma semanal, estudantes de universidades públicas e privadas da cidade promovem palestras educativas em sala de espera com temas que incluem alimentação, higiene e prevenção de saúde em crianças.

#### 4 VISITA DOMICILIAR

Durante anos a estrutura da visita domiciliar feita pela UBS Santo André, que cobre cerca dos 7.000 habitantes do bairro homônimo, era feita de forma a obedecer à demanda feita por pacientes que compareciam no atendimento ou que o faziam durante visita de um Agente Comunitário de Saúde. Em alguns casos específicos, o próprio ACS atentava para a necessidade de visita e intervenção direta de equipe de enfermagem ou médica em residências. Enquanto algumas visitas são de cunho pontual, outras passaram a ter seguimento e têm a equipe de Enfermagem

Os casos atendidos são em sua maioria idosos, notadamente aqueles acometidos por doenças osteomusculares crônicas incapacitantes (como artrite reumatoide e osteoartrose avançada) ou sequelas de acidente vascular cerebral. É um perfil aparentemente homogêneo de pacientes, até analisarmos o perfil do cuidador, as particularidades de suas doenças, as comorbidades associadas e um fator primordial: estar ou não restrito ao leito – o que não é fator obrigatório, como sabemos. Os pacientes mais jovens que necessitam de visita domiciliar são mais raros, e há um caso específico de retardo do desenvolvimento neuropsicomotor em um adolescente acompanhado pela outra médica da UBS.

Como já citado, a equipe de Enfermagem tem papel determinante na realização das visitas domiciliares. Após demandada uma visita (ou quando chega à data combinada, em caso de visita marcada), um enfermeiro juntamente a um ACS se deslocam ao local e fazem um diagnóstico situacional do paciente, além de triagem de sinais vitais e inclusão de dados clínicos novos no prontuário. Nessa visita, é realizada a parte do plano para o paciente que inclui procedimentos de cuidado e orientações gerais.

Caso a triagem demonstre necessidade, ocorre a visita por parte do médico – além de orientações e anamnese, o médico pode realizar procedimentos médicos de assistência básica ao paciente, além de prescrever, desprescrever e até mesmo entregar o medicamento na própria visita. É notável e surpreendente a hospitalidade com a qual os pacientes nos recebem em sua grande maioria, tanto enfermeiros como ACS e médicos. Acreditamos que o vínculo criado é essencial na terapêutica do paciente.

Dentre as dificuldades que encontramos para realizar as visitas com maior frequência e eficiência, podemos elencar com destaque duas situações: a precariedade das áreas mais afastadas do bairro – que é denominado “grande área do Santo André”, cobrindo áreas de diversos aspectos sociais – e a presença de uma zona de crime no bairro, que até então



impossibilita visitas em uma área que estimamos possuir cerca de 30 famílias morando em ruas dominadas por uma facção de tráfico de drogas. As autoridades já foram notificadas nos 2 últimos anos e até então nenhuma atitude foi tomada.

Embora seja um bairro com número de habitantes reduzido em comparação a bairros mais populosos de Santarém, Santo André tem uma grande extensão justificada pelo seu caráter parcialmente rural. O acesso a muitos habitantes ainda é dificultado por grandes distâncias, ramais de terra imprópria para circulação, e até mesmo pelas características de algumas residências – cuja configuração de enorme área externa com casa ao fundo muitas vezes faz com que a presença da equipe não seja notada no local.

Ainda com algumas dificuldades em nosso caminho, buscamos atender a todas as solicitações que demonstrem necessidade verdadeira de deslocamento da equipe de saúde, e incluímos aqueles que precisam de atenção domiciliar continuada no plano de atendimento semanal da UBS. As visitas são agendadas toda sexta-feira em reunião e podem ocorrer em qualquer dia de funcionamento da unidade. Em panorama geral, consegue-se manter o quadro de visitas atualizado e a troca de informações entre os enfermeiros e médicos ocorre de forma a definir novas metas com os pacientes além de indicar/contraindicar visitas médicas e procedimentos.

É ponto crucial de nossa metodologia empoderar e orientar com detalhes o paciente e seu cuidador dentro de suas possibilidades cada um. Sabemos que o cuidador tem papel primordial na qualidade de vida e na instituição terapêutica do paciente em questão. Os cuidadores são, em sua maioria, cônjuge ou parente de primeiro grau do paciente, e observa-se um maior número de mulheres nesse papel. Geralmente, é quem exerce essa função que busca a unidade em caso de agudizações, necessidade de medicações e mudanças no perfil do paciente que precisam de melhor atenção.

É comum o contato do cuidador ocorrer por ligação telefônica à própria UBS ou diretamente a um dos enfermeiros ou médicos da unidade. É normal que eles tenham a iniciativa de tirar dúvidas e perguntar sobre o possível uso de medicamentos. Procura-se ter sempre o cuidado de fazer novas prescrições apenas em ocasião de avaliação presencial do paciente, além de não transparecer caráter de atendimento formal durante ligações.

A presença de uma profissional de Fisioterapia na UBS por meio do programa Viver sem Dor é um marco diferencial em nossa unidade, e por vezes esta foi inclusa em visitas

domiciliares para avaliação funcional e musculoesquelética de pacientes fisicamente debilitados. Infelizmente, a realidade e os recursos locais não permitem que seja instituída fisioterapia com atendimento em casa para os pacientes que se beneficiariam do serviço.

A prática da visita domiciliar também demonstra ser agente contribuinte na identificação de situações de risco. Adentrar ao local onde vive o indivíduo e sua família permite que o profissional de saúde tenha ideia de que fatores ambientais e familiares podem ser modificados para se adequar às limitações do paciente e permiti-lo melhor qualidade de vida. Outras situações alheias à doença do paciente em si também devem passar pelo olho clínico: o status do saneamento básico na moradia, a presença de água parada e contendas familiares são exemplos do que pode ser observado e modificado pelo enfermeiro e pelo médico durante uma visita em prol de toda a família.

Há interesse da equipe da UBS Santo André em ampliar a cobertura do atendimento domiciliar provido, e isso pode ser feito em concomitância com a construção de metas que estabeleçam um ponto a ser atingido durante o cuidado com o paciente. Também seria ideal fazer levantamento epidemiológico para saber onde concentrar esforços, onde estão os resultados e onde precisamos melhorar – sem esquecer de coletar a opinião do paciente e/ou da pessoa em papel de seu cuidador. Ainda faltam protocolos formais para definir e organizar a nossa forma de atender, e construí-los em conjunto com os outros profissionais da unidade é um passo importante na construção de um melhor serviço.

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

É diferenciada a formação do médico que tem contato com a medicina de família e comunidade durante sua trajetória de trabalho, mesmo que apenas por um período. Além de aprender a lidar com uma grande variedade de queixas, ser médico na atenção básica permite que aprendamos a centralizar a pessoa em detrimento da doença, oferecendo assistência que ultrapassa o biológico. O serviço público ainda carece de tratamento humanizado, abrangente, e cada profissional de saúde tem o dever de modificar esse cenário.

Durante o curso, pude descobrir novas formas de abordar o paciente, tratar enfermidades de forma mais organizada, além de ter criado uma nova visão sobre as demandas da população e o quanto podemos fazer como médicos. Na universidade, somos expostos a uma medicina hospitalocêntrica e muitas vezes mecanizada, tornando ainda mais interessante observar que muitos protocolos e diretrizes de atendimento fornecidas pelo Ministério da Saúde são embasados em abordagem humanizada e com olhar que envolve os mais diversos aspectos do indivíduo.

Outro aspecto importante da especialização é a face que oferece educação administrativa e de organização em saúde pública, instruindo quanto ao preenchimento de documentos médico-legais importantes e mostrando os segmentos operacionais do SUS e suas ferramentas. Ao sair da graduação, mesmo o médico com maior carga teórica possível pode ter dificuldades ao lidar com a burocracia e organização complexa do sistema – função que nos é requerida diretamente em praticamente qualquer serviço.

Uma das maiores diferenças que o curso pôde me trazer foi a organização e o planejamento nos atendimentos. A observação e a comparação com os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde também fizeram a equipe se dar conta de que não possuímos uma articulação satisfatória com outros órgãos de saúde, com a Secretaria Municipal de Saúde e com unidades de atenção secundária e terciária. É um problema já muito bem conhecido e caracterizado na região amazônica, mas para a qual os gestores ainda preferem manter os olhos fechados.

Outra questão levantada pelo curso que mudou drasticamente minha prática foi a importância de se notificar corretamente os agravos necessários. O serviço de epidemiologia

da cidade é insatisfatório, e a falta de informatização do serviço público na região também dificulta a prática. Ainda assim, pretendemos modificar esse cenário.

O acompanhamento de doenças crônicas agora é visto de outra forma. Como médicos, devemos dispor de tudo o que está ao nosso alcance para trazer a melhor qualidade de vida para esses pacientes, pensando não apenas em seu tratamento farmacológico, mas também em situações que podem melhorar suas funções vitais, seu aporte psicológico e a qualidade de vida em geral. A palavra de aconselhamento do médico é muito importante, e muitas vezes o ritmo acelerado da prática diária nos faz esquecermos desse importante detalhe.

De forma geral, julgo muito satisfatória a trajetória de aprendizado durante a especialização. Por vezes me descobri desatualizado frente a opções terapêuticas, me surpreendi – e pratiquei – com a capacidade de mudança que o médico pode exercer na vida das pessoas em seu território até mesmo com simples medidas. Tive a oportunidade de colocar em prática o Projeto de Intervenção solicitado, informando, rastreando e tratando uma doença prevenível que ainda afeta tantos habitantes da área: a hanseníase.

O uso desse portfólio como trabalho de conclusão do curso serve não apenas como forma de revisão dos assuntos abordados durante a especialização, mas também como ferramenta de autocrítica, reflexão e autoavaliação. As atividades em conjunto refletem parcela importante do saber transpassado pelo curso, além de refletir a produtividade do próprio aluno. A diversidade nas atividades favorece a elaboração de um trabalho abrangente.

Por fim, a maior lição retirada é de que não importa o quando sabemos e o quanto dispendemos de tempo para exercer a profissão que exercemos, nunca podemos ver o médico como uma unidade solitária de informação e propagação de saúde: a equipe é multiprofissional e é essa a ideia que cada um deve ter, pois possuímos conhecimentos e visões de mundo diferentes – e só equilibrando todas elas atingiremos o melhor tratamento para o paciente.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica n. 26 – Saúde sexual e saúde reprodutiva**, 2008. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab26>., acesso em: jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. 2015.

DAMARZO et al. **Prática clínica na Estratégia Saúde da Família – organização e registro**. São Paulo: Biblioteca Virtual UNIFESP, 2012.

LEÃO, R.N.Q. et al. **Medicina tropical e Infectologia na Amazônia. v.1**. Tropical Medicine and infectious diseases in the Amazon. v.1. Belém: Samauma, 2013. 848p.

LONGO, D, L. et al. **Medicina interna de Harrison**. 18ª edição. Porto Alegre: Mc Graw Hill, 2013. 3610p.

RAMOS, V. **A consulta em 7 passos**. Lisboa: VFBM Comunicação Ltda., 2008.

RENZO et al. **Manual prático de ginecologia e obstetrícia da FEBRASGO**. Brasil, 2015.

OMS. **Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use**. Genebra, 2005.

PEREIRA M. Z., SANTOS L. **Efeito da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos do tubo neural**. Brasília: UNB, 2007.

STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services and technology**. UK: Oxford University Press, 1998.

STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2010.



Ministério da  
**Saúde**

## **ANEXO I - PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DA CARGA DE HANSENÍASE NO CONTEXTO AMAZÔNICO, UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL**

Renann Keiji Murakami Lima

**Santarém – PA**

**2016**



Ministério da  
**Saúde**

## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DA CARGA DE HANSENÍASE NO CONTEXTO AMAZÔNICO, UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL**

Renann Keiji Murakami Lima

Trabalho desenvolvido como parte do Eixo Campo de Saúde Coletiva, módulo que compõe a Especialização em Saúde da Família – PROVAB, desenvolvido pela UNA-SUS/UFCSPA.

**Santarém – PA**

**2016**

## RESUMO

A hanseníase, mal de Hansen, ou Morbus Hansen é uma doença infecciosa e contagiosa, que possui um forte tropismo pela pele e nervos periféricos. O Brasil, juntamente com o Nepal e o Timor-Leste foram responsáveis por 17% de todos os novos casos da doença no mundo em 2007. Em 2008 o número de casos em registro ativo no Brasil foi de 2,4 pra cada 10 mil habitantes, resultando em 45.847 novos casos. Essa situação de endemicidade, associada às baixas condições socioeconômicas e ambientais, e agravada pelo elevado percentual de pacientes que apresentam incapacidades físicas em consequência da doença, podem interferir na qualidade de vida dos mesmos. Diante deste contexto o objetivo do projeto é capacitar a equipe multiprofissional da Unidade básica do bairro de Santo André (Santarém-PA) sobre estratégias de redução da carga de hanseníase no contexto da região amazônica, evidenciando o histórico, epidemiologia nacional e local, diagnóstico, habilidades práticas e as peculiaridades do tratamento da hanseníase. Além disso, terá como base a cartilha de diminuição da carga de hanseníase desenvolvida pela OMS em 2010. Será realizada uma capacitação, utilizando recursos didáticos/ midiáticos e fomentando discussões multiprofissionais. Espera-se que os profissionais sejam capacitados ao melhor manejo do paciente, visando a redução da carga de hanseníase no município, bem como uma melhor abordagem na prevenção de incapacidades. Além disso, deve-se fomentar estratégias para melhorar a busca ativa dos doentes e contactantes, e sugerir inovações, como a semana da Hanseníase, visando difundir as peculiaridades e dificuldades encontradas no contexto amazônico, principalmente de Santarém.

Palavras-chaves: Hanseníase; Multiprofissional; Manejo; Estratégias.

## SUMÁRIO



1	INTRODUÇÃO.....	25
2	OBJETIVOS.....	28
2.1	Objetivo geral .....	28
2.2	Objetivos específicos.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3	REVISÃO DA LITERATURA .....	28
3.1	Conceito.....	29
3.2	Agente etiológico.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.3	Classificação da hanseníase.....	29
3.4	Manifestações clínicas .....	30
3.5	Estratégias para a redução da carga de hanseníase .....	31
3.6	Tratamento.....	34
3.7	Vigilância epidemiológica.....	34
4	METODOLOGIA.....	35
4.1	Local e Público-Alvo.....	35
4.2	Capacitação.....	36
4.3	Programação .....	36
4.4	Recursos e didática .....	37
4.5	Legado do projeto.....	37
5	CRONOGRAMA .....	38
6	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	39
7	RESULTADOS ESPERADOS .....	40
	REFERÊNCIAS .....	41

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase, mal de Hansen, ou Morbus Hansen é uma doença infecciosa e contagiosa, que possui um forte tropismo pela pele e nervos periféricos, podendo acometer também trato respiratório superior, olhos e testículos. Possui evolução crônica e os estados reacionais, mediados imunologicamente, são os responsáveis pelas principais causas de morbidade da doença (LEÃO et al., 2013; LONGO et al., 2013; BRASILEIRO FILHO, 2006).

O Brasil, juntamente com o Nepal e o Timor-Leste foram responsáveis por 17% de todos os novos casos da doença no mundo em 2007. Nos primeiros meses de 2008 o número de casos em registro ativo no Brasil foi de 2,4 pra cada 10 mil habitantes, resultando em 45.847 novos casos (LEÃO et al., 2013). Essa situação de endemicidade, associada às baixas condições socioeconômicas e ambientais, e agravada pelo elevado percentual de pacientes que apresentam incapacidades físicas em consequência da doença, podem interferir na qualidade de vida dos mesmos. Essas incapacidades têm sido responsável pelo estigma e discriminação dos doentes (AQUINO, 2003).

Por ser uma bactéria intracelular e possuir fatores de virulência característicos, o bacilo da hanseníase leva à lesões teciduais que tem como base a imunopatogênese. A hanseníase interage com o hospedeiro e desenvolve um amplo e variado espectro nas manifestações clínicas (FOSS, 1997). Os principais pólos da doença são a hanseníase tuberculóide (HT) e a hanseníase virchoviana (HV).

Para definir estratégias de enfrentamento de uma determinada doença deve-se analisar o enquadramento dela como problema de saúde pública, do grau de prioridade em relação ao contexto e ambiente em que ela ocorre, além da importância epidemiológica (COSTA E VICTORA, 2006). As informações relativas aos principais indicadores de hanseníase no Brasil, que responsabilizam o país pela endemia no continente americano, justificam o seu enquadramento como um grande problema de saúde pública, porquanto preenche os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Atualmente o Brasil só perde para a Índia em números de casos absolutos (LEÃO et al., 2013).

Desse modo, a atenção integral aos portadores de hanseníase e portadores de sequelas da doença requerem protocolos, planos e ações de cuidados na rede de serviços de saúde do SUS para enfrentá-la, principalmente na atenção primária, visto a condição

crônica da hanseníase no contexto amazônico e a necessidade da participação proativa do usuário junto à equipe de saúde que o acompanha (GONÇALVES, 2006).

A OMS (2010) fundamentou estratégias, que teriam alcance global para a redução da carga de hanseníase, e que teriam abrangência a diversas formas realidades, com o intuito de ter um maior controle sobre a doença. Estas estratégias objetivavam dois eixos principais: 1) Definir e explicar termos, conceitos e atividades sobre a doença; 2) Mostrar como a estratégia deve ser implementada no contexto de um programa nacional. Entretanto, muitos municípios brasileiros, incluindo Santarém, não tiveram acesso, nem tão pouco tiveram alguma ação de reconhecimento e introdução das novas perspectivas e realidades frente a uma das principais doenças do contexto amazônico.

As diretrizes introduzidas pela OMS (2010) podem ser divididas em dois segmentos na estruturação dos serviços de saúde. O primeiro segmento seria “Diretrizes para a atenção primária”, na qual seriam apresentadas para os mais variados profissionais de saúde que atuam nesse setor. E o segundo segmento seria “Diretrizes para os serviços de referência”, que teriam como público-alvo as unidades de referência em hanseníase, onde existe corpo de profissionais com capacitação e experiência avançadas em hanseníase (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Desse modo, é essencial haver boa comunicação entre os envolvidos que lidam com os agravos da hanseníase. E essa necessidade se aplica na cidade de Santarém, na qual deve existir um sistema eficaz de atenção primária que recepcione, e se necessário tenha uma rede de referência eficiente, como parte de um programa integrado. Essas diretrizes e projetos de extensão que propaguem de forma didática, devem ajudar o corpo de profissionais a selecionar quais atividades podem ser realizadas no nível primário de atenção à saúde local, visando as peculiaridades da localidade, e em que situações os pacientes deverão ser encaminhados. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Sendo assim, na Unidade Básica do bairro do Santo André, localizado na periferia do município de Santarém, necessita urgentemente de programas e projetos de intervenção que busquem a capacitação da equipe multiprofissional, para aprimoramento da busca ativa e áreas de contato, diagnósticos precisos, habilidades para testes de sensibilidade e exames complementares, adequada rede de notificação e

desenvolvimento de estratégias em educação em saúde que visem às peculiaridades locais e o rompimento das dificuldades encontradas na comunidade de Santo André.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- ✓ Capacitar os funcionários da equipe multiprofissional (agentes comunitários, técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos) da Unidade Básica do bairro do Santo André, sobre estratégias para a redução da carga de hanseníase no contexto da região amazônica.

### **2.2 Objetivos específicos**

- ✓ Atualizar informações sobre o histórico, epidemiologia nacional e local, diagnóstico e tratamento da hanseníase;
- ✓ Desenvolver habilidades multiprofissionais para testes de sensibilidade e exames complementares;
- ✓ Desenvolver estratégias para busca ativa dos pacientes com hanseníase e seus contatos na área do bairro de Santo André;
- ✓ Discutir sob a ótica multiprofissional a prevenção de incapacidade dos pacientes com hanseníase e seu manejo;
- ✓ Fornecer informações sobre Estratégia global aprimorada para redução da carga de hanseníase desenvolvida pela OMS;
- ✓ Fomentar estratégias para inovações e superações dos desafios encontrados no manejo do paciente com hanseníase no contexto amazônico.

## **3 REVISÃO DA LITERATURA**

### **3.1 Conceito**

Hanseníase, mal de Hansen, ou Morbus Hansen é uma doença infecciosa e contagiosa, que possui um forte tropismo pela pele e nervos periféricos, podendo acometer também trato respiratório superior, olhos e testículos. Possui evolução crônica e os estados reacionais, mediados imunologicamente, são os responsáveis pelas principais causas de morbidade da doença (LEÃO et al., 2013; LONGO et al., 2013; BRASILEIRO FILHO, 2006).

### **3.2 Agente etiológico**

O agente etiológico causador da hanseníase é o *Mycobacterium leprae*, que foi descrito pela primeira vez em 1873 por Gerhard Armauer Hansen. É um bacilo intracelular obrigatório, que mede de 1 a 8 micra de comprimento por 0,2 a 0,5 micron de largura, podendo ainda ser apresentado como bastonete reto ou encurvado. Estes microrganismos se coram em vermelho pela fucsina, são Gram-positivos e álcool-ácido-resistentes (BAAR) (GOULART et al., 2002; LEÃO et al., 2013; BRASILEIRO FILHO, 2006).

Acreditava-se que o homem era o reservatório exclusivo do *M. leprae*, no entanto, foram encontrados relatos de infecção em tatus e macacos africanos. No Brasil não há relatos de animais selvagens infectados. Este microrganismo foi a primeira bactéria etiológicamente associada ao homem, contudo, ainda não se conseguiu cultivá-la em meios de cultura artificiais ou em cultura tecidual. (LEÃO et al., 2013)

O *Mycobacterium Leprae* tem parede celular formada duas membranas, uma externa de proteoglicano e uma interna de lipopolissacarídeo. A mais externa possui grandes quantidades de um glicolípido fenólico, a PGL-1, que é característico da espécie e é imunogênico. Este trissacarídeo exclusivo do *M. leprae* liga-se às células de schwann, o que provavelmente revela a razão do intenso tropismo por tecidos periféricos (LONGO et al., 2013; BRASILEIRO FILHO, 2006).

### **3.3 Classificação da hanseníase**

O *M. leprae* interage com o hospedeiro e desenvolve um amplo e variado espectro nas manifestações clínicas determinada, principalmente, pela resposta

imunológica celular. Dessa forma, a hanseníase pode-se caracterizar por ser uma doença que tem dois principais polos, apresentando uma variedade de sinais e sintomas e que resultou em diversas propostas de classificação, segundo numerosos critérios (BRASILEIRO FILHO, 2006; FOSS, 1997).

A classificação de Madri que ocorreu no ano de 1953, foi baseado em critérios clínicos, bacteriológicos, imunológicos e histopatológicos (SOUZA, 1997). Nesta classificação, a hanseníase tem início com uma forma indeterminada, denominada hanseníase indeterminada (HI). Os dois principais polos estáveis da doença são a hanseníase tuberculóide (TT ou HT) e a hanseníase lepromatosa (LL), também conhecida como virchowiana (HV). Existe ainda a forma intermediária denominada hanseníase dimorfa ou borderline (HD) (FOSS, 1997.). Em 1966, Ridley & Jopling, utilizaram a classificação de Madri para os dois polos principais da Hanseníase, contudo, sugeriram subgrupos nas formas intermediárias da doença. Portanto, essa classificação diferenciou os padrões de infecção em borderline tuberculóide (BT) ou dimorfa tuberculóide (HDT), borderline borderline (BB) ou dimorfa dimorfa (HDD) e borderline lepromatosa (BL) ou dimorfa virchowiana (HDV) (BRASILEIRO FILHO, 2006).

No entanto, estas duas classificações necessitam de uma boa e sistemática rede de diagnóstico, para a análise clínica, bacteriológica, imunológica e histopatológica. Diante disso, a OMS propôs uma classificação visando praticidade e operacionalidade do diagnóstico, baseando-se na população dos bacilos através da pesquisa do *M. leprae* em esfregaços de linfa, onde a baciloscopia é realizada em pontos específicos como orelhas, joelhos, cotovelos e lesões. Levando em conta também o número de lesões apresentadas pelo paciente. Sendo assim, a OMS classificou em duas categorias. Os Paucibacilares, casos de hanseníase com até cinco lesões de pele, baciloscopia positiva e teste de Mitsuda positivo; e os Multibacilares, com baciloscopia positiva, mais de 5 lesões de pele e teste de Mitsuda negativo. Esta é a classificação adotada pelo Ministério da Saúde para a adoção dos esquemas terapêuticos no tratamento dos pacientes (BRASILEIRO FILHO, 2006)

### **3.4 Manifestações clínicas**

A hanseníase indeterminada é a forma inicial da doença, na qual se caracteriza por máculas hipocrômicas, acrômicas, eritematosas, com limites imprecisos e alterações de sensibilidade. Alguns casos apresentam apenas alterações de sensibilidade, sem

alterações da cor da pele. Nas lesões observam-se hiperestesia ou anestesia, anidrose e alopecia, contudo, na maioria dos casos, a sensibilidade térmica é a única a apresentar-se alterada (LEÃO et al.,2013; BRASILEIRO FILHO, 2006)

Na hanseníase tuberculóide as lesões são tipicamente placas, caracterizadas por lesões elevadas, salientes e formada pela confluência de pápulas ou tubérculos. Apresentam anestesia térmica, dolorosa e tátil. Podem ocorrer neurites e espessamentos neurais, acarretando em alterações de motricidade e lesões tróficas. Além disso, no trajeto de algum nervo, pode ocorrer necrose caseosa do nervo, denominada “abscesso do nervo” (tumorações que amolecem e fistulizam) (LEÃO et al.,2013).

Na maioria dos casos de hanseníase virchowiana as lesões denominadas de *hansenomas* tem aspecto eritematoso, nodular, com formação de placas e infiltração difusa. São numerosas, isoladas ou coalescentes e podem ser vistas por toda a pele. Geralmente, se originam da forma indeterminada e evoluem progressivamente a partir de uma mácula hipocrômica. As lesões são mal delimitadas e em virchowianos avançados observam-se hansenomas em vários estágios evolutivos (LEÃO et al.,2013; BRASILEIRO FILHO, 2006)

Já na hanseníase dimorfa ou *boderline* que pode se dividir em hanseníase dimorfa tuberculóide (HDT), hanseníase dimorfa dimorfa (HDD) e hanseníase dimorfa virchowiana (HDV), apresenta placas eritematosas, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas, com limite interno nítido e limites externos imprecisos, placas eritemato-ferruginosas ou violáceas, com bordas internas nítidas e limites externos difusos (lesões foveolares). (ARAÚJO, 2003; BRASILEIRO FILHO, 2006).

### **3.5 Estratégias para a redução da carga de hanseníase**

Para definir estratégias de enfrentamento de uma determinada doença deve-se analisar o enquadramento dela como problema de saúde pública, do grau de prioridade em relação ao contexto e ambiente em que ela ocorre, além da importância epidemiológica (COSTA E VICTORA, 2006). As informações relativas aos principais indicadores de hanseníase no Brasil, que responsabilizam o país pela endemia no continente americano, justificam o seu enquadramento como um grande problema de



saúde pública, porquanto preenche os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Atualmente o Brasil só perde para a Índia em números de casos absolutos (LEÃO et al., 2013).

Desse modo, a atenção integral aos portadores de hanseníase e portadores de sequelas da doença requerem protocolos, planos e ações de cuidados na rede de serviços de saúde do SUS para enfrentá-la, principalmente na atenção primária, visto a condição crônica da hanseníase no contexto amazônico e a necessidade da participação proativa do usuário junto à equipe de saúde que o acompanha (GONÇALVES, 2006).

A OMS (2010) fundamentou estratégias, que teriam alcance global para a redução da carga de hanseníase, e que teriam abrangência à diversas formas realidades, com o intuito de ter um maior controle sobre a doença. Estas estratégias objetivavam dois eixos principais: 1) Definir e explicar termos, conceitos e atividades sobre a doença; 2) Mostrar como a estratégia deve ser implementada no contexto de um programa nacional. Entretanto, muitos municípios brasileiros, incluindo Santarém, não tiveram acesso, nem tão pouco tiveram alguma ação de reconhecimento e introdução das novas perspectivas e realidades frente a uma das principais doenças do contexto amazônico.

As diretrizes introduzidas pela Cartilha da OMS (2010) podem ser divididas para dois segmentos na estruturação dos serviços de saúde. A primeira seria “Diretrizes para a atenção primária”, na qual seriam apresentadas para os mais variados profissionais de saúde, que trabalham na rede integrada do SUS, onde eles atendem e tratam diversos problemas de saúde, sendo a hanseníase, mais um problema no contexto desses profissionais atuantes no sistema público. O segundo segmento seria “Diretrizes para os serviços de referência”, que teriam como público-alvo as unidades de referência na problemática da hanseníase incluindo supervisores de campo, que têm capacitação e experiência avançadas em hanseníase; e também para aqueles que possuem conhecimento especializado para atender a outras consequências relacionadas à hanseníase (oftalmologistas, cirurgiões ortopédicos, vascular, dermatologistas, etc.) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Para lançar estratégias de intervenção em um agravo à saúde, é importante considerar a situação epidemiológica (doença), operacional (desempenho das ações implantadas) e conjuntural (político-administrativa, mobilização local e induções externas, positivas e negativas), do território em que o enfrentamento do problema vai ocorrer, visando ao seu impacto. O objetivo geral de uma intervenção para

enfrentamento da hanseníase, então, está condicionado ao tamanho e à gravidade da situação encontrada, mas deve sempre buscar o impacto, que é a redução da incidência e casos novos em crianças e em adultos, mesmo sabendo que isso somente é possível em longo prazo. E aos quanto resultados intermediários, espera-se que possa evidenciar a minimização do problema, como a redução das incapacidades no diagnóstico, somente possível com a precocidade do diagnóstico (ALVES et al., 2014).

Como parte da política de integração da saúde, os serviços de referência devem ser reforçados. Há muitas localidades que estão familiarizadas com a doença, como por exemplo, o norte do Brasil, e, desse modo, muitas das atividades de rotina para o diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades podem ser realizadas nos serviços de atenção primária. Contudo, os profissionais de saúde naquele nível precisam ter um conhecimento técnico adequado e razoável sobre a hanseníase, mesmo em uma estrutura integrada. Nesse caso, algumas atividades mencionadas nas “diretrizes para os serviços de referência” podem ser adequadas à muitas unidades de atenção primária. Alguns aspectos podem ser determinados pelo governo, como, por exemplo, quem pode diagnosticar e tratar a hanseníase e quem pode diagnosticar e tratar as reações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

A OMS (2010) preconiza seis princípios básicos para uma integração bem sucedida: (1) As unidades de saúde as mais próximas possíveis da residência do paciente devem ser identificadas para oferecer serviços de hanseníase em todos os dias úteis; Integração e referência. (2) Pelo menos um profissional capacitado deverá estar disponível na unidade de saúde que oferece serviços de hanseníase; (3) Todas as unidades de saúde que tenham pacientes em tratamento deverão ter um estoque adequado de medicamentos; (4) Material de Informação, Educação e Comunicação (IEC) deverá estar disponível para os membros da comunidade; (5) Deverá haver alguma forma simples de documentar o tratamento; (6) Os serviços de referência deverão estar disponíveis e acessíveis, e a equipe de saúde da atenção primária deverá saber quando, onde e como encaminhar pacientes.

Por fim, os serviços de hanseníase vêm sendo integrados aos serviços gerais de saúde na maioria dos países onde a doença é endêmica- como o Brasil; uma ênfase muito maior é dada à necessidade de haver um sistema eficaz de atenção primária que recepcione, e se necessário tenha uma rede de referência eficiente, como parte de um programa integrado. É essencial haver boa comunicação entre todos os envolvidos no gerenciamento de uma pessoa afetada pela hanseníase e daqueles incapacitados devido à

doença. Essas diretrizes e projetos de extensão que propaguem de forma didática, devem ajudar os gerentes e profissionais a selecionar quais atividades podem ser realizadas no nível primário de atenção à saúde e em que situações os pacientes deverão ser encaminhados. Isso dependerá da natureza da complicação e da capacidade dos profissionais de saúde em prestar os cuidados adequados nos diferentes níveis do sistema de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

### **3.6 Tratamento**

O tratamento da hanseníase é definido pela poliquimioterapia (PQT), constituída por três medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina. São disponibilizadas em quatro tipos de cartelas, em que a composição varia de acordo com a classificação operacional proposta pela OMS: Paucibacilar adulto e infantil, e Multibacilar adulto e infantil (OMS, 2006).

O tratamento para hanseníase deve ser instituído como rotina da atenção básica, deve-se atentar para as diferentes dosagens entre adultos e crianças, e a exclusão da clofazimina no esquema paucibacilar. O seguimento dos casos se faz a cada 28 dias para receberem dose supervisionada e nova cartela, avaliação e orientações (BRASIL, 2008).

Os critérios de alta são identificados pela regularidade ao tratamento, seguindo o número de doses e tempo de tratamento. Em geral os pacientes paucibacilares têm um tratamento em torno de seis a nove meses. E os pacientes multibacilares entre doze e dezoito meses (OMS, 2006).

### **3.7 Vigilância epidemiológica**

Segundo o Ministério da saúde, por meio do seu 21º caderno de atenção básica-vigilância em saúde (2008), a hanseníase no Brasil ainda se constitui um importante problema de saúde pública, sendo necessário ter uma vigilância epidemiológica efetiva e que atue em todos os níveis, de modo, a eliminar o máximo de casos de hanseníase do contexto nacional.

A vigilância no Brasil utiliza o sistema universal e passivo, na qual a notificação é o principal instrumento de para a coleta de dados e efetivas políticas públicas sobre essa doença. A Hanseníase é uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória em todo território nacional, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação/SINAN. Além da atenção e vigilância dos comunicantes, que são determinados, principalmente, pelos contatos

intradomiciliares- pacientes que residem ou tenha residido com o doente nos últimos cinco anos (BRASIL, 2008). Estes devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico, além da avaliação da cicatriz vacinal de BCG.

## **4 METODOLOGIA**

Esse projeto de intervenção surge diante da necessidade apresentada por toda equipe multiprofissional da unidade, diante da problemática da hanseníase no contexto da região de Santarém, precisamente do bairro de Santo Andre, e todos os empecilhos que surgiram durante o ano, no diagnóstico, busca ativa de contactantes e desenvolvimento de estratégias de educação em saúde nesta comunidade.

### **4.1 Local e Público-Alvo**

O local a ser desenvolvido o projeto de intervenção é a UBS do bairro de santo André, localizado na Avenida Edvaldo Leite S/N, inaugurada no ano de 2014, e atende cerca de 2.500 famílias, contabilizando 8.000 moradores da área.

A Unidade funciona com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) composta por dois médicos, três enfermeiros, um odontólogo, um técnico em saúde bucal, dois técnicos em enfermagem, um fisioterapeuta, dois auxiliares administrativos, um auxiliar de serviços gerais, dois vigias e oito agentes comunitários de saúde, que cobrem a grande área da Nova República.

## **4.2 Capacitação**

O trabalho será realizado através de uma semana de oficinas elucidativas, visando a integração e cooperação entre todos os setores que envolvem o paciente com hanseníase, dentre os quais médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e demais profissionais que lidam diariamente com pacientes acometidos com hanseníase. Haverá o seguimento da cartilha da OMS (2010) Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase (2011-2015) e da cartilha lançada pela UNB (2014) denominada Hanseníase: avanços e desafios.

## **4.3 Programação**

Será feita ampla divulgação do evento nas dependências da Unidade Básica do bairro de Santo André. A ideia inicial é que todos os profissionais da UBS participem, caso haja mais disponibilidade de espaço e material, informaremos unidades próximas que lidem com a mesma problemática e que demonstrem interesse em participar.

No momento da inscrição, será informada a carga horária de 10 horas, com emissão de certificado para participantes presentes em no mínimo 80% das atividades previstas .

Cada dia de programação terá um tema norteador, dentre os quais: 1) Histórico da doença e epidemiologia nacional e local. O que é estratégia global aprimorada para a redução adicional da carga de Hanseníase. 2) Diagnóstico, tratamento e suas reações adversas. O que tem de novo? 3) Prevenção de incapacidades- Contexto multidisciplinar/ Minha realidade (visão do profissional de saúde) 4) Manejo do paciente – Uma ação multiprofissional. Habilidades para o diagnóstico – exames complementares e testes de sensibilidade. 5) Estratégia global aprimorada para realidade de Santarém-PA, o que pode ser mudado? Novas ações para busca ativa do doente e de seus contactantes.

Os subtemas serão apenas norteadores e trarão informações recentes e atualizadas, com teor científico, de fácil compreensão, privilegiando discussões entre os grupos e mesas redondas, com apoio especializado e a participação

multiprofissional. A intenção é que um profissional de cada área seja responsável por um determinado tema diário, para discussão entre todos os participantes.

#### **4.4 Recursos e didática**

Os subtemas serão expostos de forma didática e acessível, fazendo-se o uso de imagens e ilustrações esquemáticas na apresentação com data-show, e com apresentação de situações problemas de modo a provocar a reflexão sobre a tomada de posição e facilitar a absorção do conteúdo pelos participantes. Também serão fornecidas apostilas contendo o resumo da apresentação exposta, além de material complementar, para aqueles interessados em aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto. A todo momento será indicado a complementação da leitura dos livros base da oficina: Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase (2011-2015) – Organização mundial da saúde e da cartilha lançada pela UNB (2014) denominada Hanseníase: avanços e desafios.

Recursos midiáticos também serão oferecidos, como vídeos, casos clínicos, experiências pessoais, e debates do que adequar a realidade local serão fomentados afim de criar um núcleo de adequação e mudança nas ações da Unidade. Será incitada a elaboração da semana de prevenção à hanseníase, a ser realizada no início do ano de 2017, na data do dia mundial de combate a hanseníase (31/01), visando difundir as peculiaridades e dificuldades encontradas no contexto amazônico, principalmente de Santarém.

Em cada dia de realização da oficina, será conferida a frequência dos inscritos, sendo fornecido certificado de participação para aqueles que obtiverem frequência acima de 70% da carga-horária total da atividade.

#### **4.5 Legado do projeto**

Após o desenvolvimento do projeto, avanta-se a possibilidade de construção de um manual básico sobre hanseníase a ser instituído na comunidade, levando informações sobre a comunidade local e peculiaridade. O manual será distribuído na própria UBS de Santo André e servirá tanto para os profissionais da localidade como para os pacientes que frequentam a UBS.

## 5 CRONOGRAMA

ATIVIDADES/MÊS	OUT/16	NOV/16	DEZ/16	JAN/17	FEV/17
Discussão sobre prováveis temas com a equipe multiprofissional da UBS de Santo Andre.	X				
Construção do PI	X	X			
Análise dos casos de Hanseníase atendido no último ano na UBS.		X			
Construção das atividades com a equipe Multidisciplinar.		X	X		
Reflexão após desenvolvimento do PI				X	
Desenvolvimento da semana da Hanseníase				X	
Construção e implementação do manual sobre Hanseníase no contexto local.				X	X

## **6 RECURSOS NECESSÁRIOS**

- Sala para desenvolvimento da oficina
- Data-show
- Computador
- Caneta
- Folders
- Para a construção do manual: Impressão de 50 manuais para disponibilização na UBS de Santo André.



## **7 RESULTADOS ESPERADOS**

O projeto tem o intuito de capacitar todos os profissionais da área da saúde da UBS de Santo André, utilizando como base os casos que ocorreram na comunidade e observando as peculiaridades da região que podem dificultar o diagnóstico precoce, além da análise dos casos notificados no último ano, fomentar rapidez na prevenção de incapacidades, e por fim, desenvolver estratégias na busca ativa dos pacientes com Hanseníase no bairro de Santo André através dos ACS e equipe multiprofissional e melhor abordagem dos contactantes.

Espera-se que a oficina/capacitação ajude a equipe multiprofissional a ter maior esclarecimento acerca da situação da hanseníase, além de atualizar os métodos que auxiliam no diagnóstico, como os testes de sensibilidade. Para isso, será programada também a prática interpares desses profissionais, visto que muitas vezes, estes lidam na linha de frente com o contato do paciente.

Pretende-se no final da oficina, desenvolver estratégias para o controle da epidemia na localidade, além de melhorar a busca ativa e controle dos contactantes. Será estimulado a procura por casos de Hanseníase nos mais variadas atividades realizadas pela UBS, como no grupo de HIPERDIA, pré-natal, entre outros. Será também realizada a semana da Hanseníase na UBS de Santo André, próximo a data mundial de combate à Hanseníase (31/01), visando difundir as peculiaridades e dificuldades encontradas no contexto amazônico, principalmente de Santarém.

Por fim, como legado do projeto de intervenção, será desenvolvido um manual para os profissionais que virão trabalhar na UBS e para a população do bairro de Santo André.

## REFERÊNCIAS

ALVES ET. AL., Hanseníase: avanços e desafios. – Brasília: Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde – NESPROM/UnB, 2014. 492 p. ; 23 cm. – (Coleção PROEXT ; 1)

AQUINO, D. M. C.; CALDAS, A. J. M.; SILVA, A. A. M.; COSTA, J. M.L.; Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v36 n.1, p57-64, jan-fev, 2003.

ARAÚJO, M., G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**; v.36; n.3, p. 373-382; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica . - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo Patologia** 7<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p 1243-1247.

COSTA JSD, VICTORA CG. O que é “um problema de saúde pública”? **Rev Bras Epidemiol**. 2006; 9(1):144-6.

FOSS, N.T. Aspectos imunológicos da hanseníase. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto - São Paulo, v.30, n.3, p.335-339, 1997.

GOULART, I. M. B.; PENNA, G. O.; CUNHA, G. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 35(4): 365-375, jul-ago, 2002.

LEÃO, R.N.Q. et al. **Medicina tropical e infectologia na Amazônia**. v.1. Tropical Medicine and infectious diseases in the Amazon. v.1. Belém: Samauma, 2013. 848p.

LONGO, D, L. et al. **Medicina interna de Harrison**. 18<sup>a</sup> edição. Porto Alegre: Mc Graw Hill, 2013. 3610p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015 : diretrizes operacionais (atualizadas). /

Organização Mundial da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 70 p.: il.

\_\_\_\_\_. Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase 2006-2010: Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase: Plano Anual de Trabalho, Brasília, 2006.