

## **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 ressignificação 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.



**MARIANA CUNHA SANTOS**

**Atenção Primária à Saúde em um município da região amazônica**

**Barcarena  
2017**

**MARIANA CUNHA SANTOS**

**Atenção Primária à Saúde em um município da região amazônica**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Ivone Andreatta Menegolla

**Barcarena  
2017**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO... </b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>VISITA DOMICILIAR.....</b>	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>REFLEXÃO CONCLUSIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>
<b>7</b>	<b>ANEXO 1.....</b>	<b>17</b>

## 1 Introdução

Iniciei minhas atividades no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) em maio de 2016. Sou natural de Belém-PA, formada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) em dezembro de 2015, sendo esta a minha primeira experiência profissional. Atuo como médica da atenção básica no município de Barcarena, na Unidade Básica de saúde (UBS) Pedreira, Estratégia Saúde da Família (ESF) Comercial.

Barcarena localiza-se a cerca de 120 km da capital Belém. O acesso pode ser realizado tanto por via terrestre quanto fluvial. Diariamente, viajo uma hora de lancha para chegar à cidade. A UBS onde atuo localiza-se em um bairro na região urbana do município. Nesse local, atuam duas ESFs, com o apoio de uma equipe de saúde bucal.

A ESF Comercial é responsável pelo cuidado de aproximadamente 3.500 indivíduos cadastrados. Na região, existem duas escolas, onde frequentemente são realizadas ações de promoção de saúde. Não há nenhuma associação comunitária específica, no entanto, as comunidades religiosas locais possuem participação atuante.

A condição de renda da população assistida é bem variada, no entanto, devido sua localização central, o bairro como um todo é relativamente homogêneo. Não havendo uma região específica de maior vulnerabilidade. Dessa forma, as desigualdades sociais são vistas na mesma rua ou bem próximas. De um lado uma casa reformada, com alvenaria e uma rua abaixo uma casa com estrutura de madeira.

Em relação aos problemas de saúde no território, destacam-se doenças infecto-parasitárias, devido a falta de saneamento em certas áreas, além de áreas de terreno baldio que podem se tornar focos de proliferação de vetores de doenças, como mosquitos e ratos. As doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, também acometem uma parcela significativa da população, principalmente idosos.

Considerando a elevada prevalência de doenças infecciosas no município, com destaque para o contexto da atenção básica e cuidado continuado, selecionei a tuberculose como tema do Projeto de Intervenção. O projeto é intitulado “Implantação de estratégias para identificar novos casos de tuberculose na área adstrita da ESF Comercial” (Anexo 1).

No ano de 2016, segundo dados do SINAN, foram notificados 55 casos de tuberculose no município. Esse número de casos está acima da média nacional em 2015 onde a taxa de incidência foi de 33 casos por 100.000 habitantes. Deve ser ressaltado que a população de Barcarena está estimada em 118.537 habitantes, segundo dados do IBGE.

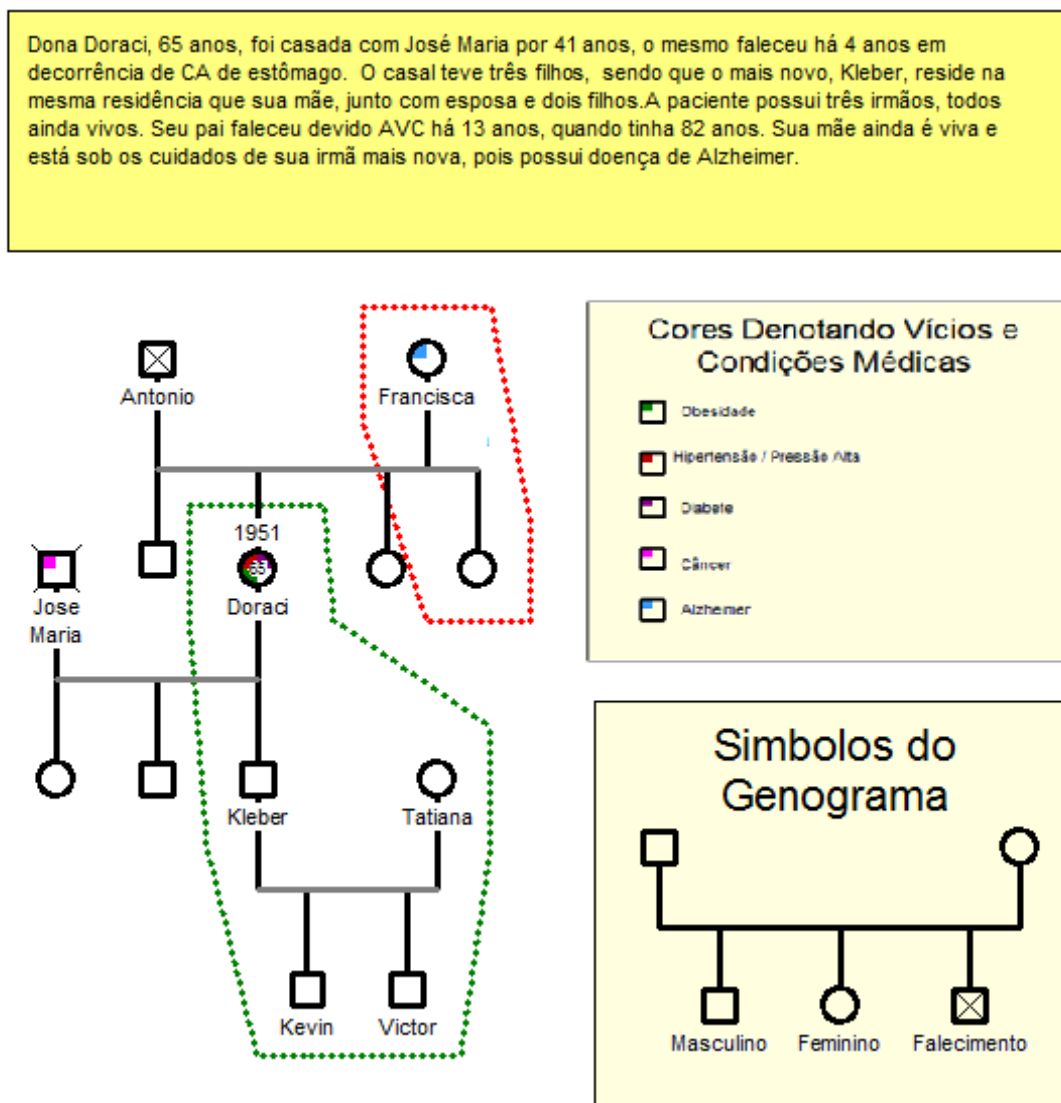
Além disso, a maioria dos pacientes, no momento do diagnóstico para tuberculose, já se encontrava debilitada, apresentando sinais clássicos da doença há mais de um mês. Muitos tendo sido diagnosticados apenas em nível hospitalar. Como forma de mudar essa realidade, o projeto de intervenção visa ampliar a busca de sintomáticos respiratórios na área adstrita, contribuindo para um diagnóstico precoce da doença com início imediato do tratamento. Dessa forma, visa interromper a cadeia de transmissão da tuberculose e contribuir para a diminuição no número de casos na região.

## 2 Estudo de caso clínico

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuo metade da demanda concentra-se no atendimento de indivíduos participantes dos programas da Atenção Básica, com destaque para o HIPERDIA. Dessa forma, apresentarei o caso da Sra. Doraci. A paciente foi recentemente transferida para a UBS Pedreira devido mudança nas áreas adstritas da estratégia.

A Sra. Doraci é dona de casa, viúva, dona de um pequeno comércio local. Possui 3 filhos, sendo que o filho mais novo, Kleber mora na mesma casa da mãe, junto com sua esposa e dois filhos. Possui mãe ainda viva e pai faleceu aos 82 anos devido acidente vascular cerebral (AVC) (FIGURA 1).

**FIGURA 1. GENOGRAMA FAMÍLIA DE DORACI**



**Sujeito:** Paciente, 65 anos, relata tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) há 10 anos, faz uso de Metildopa 500mg 1comprimido de 12/12h. No momento sem queixas. AMP: Nega tabagismo, etilismo, alergias e cirurgias prévias.

**Objetivo:** Exame físico geral: PA 160x90 FC: 72, peso: 71kg IMC 30, circunferência abdominal: 95 AP: sem alterações, AC: sem alterações, ABD: sem alterações.

**Avaliação:** Hipertensão não controlada e obesidade

**Plano:** Orientação sobre Mudanças no Estilo de Vida (MEV)

Solicito exames laboratoriais

Solicito monitoramento ambulatorial da PA

Retorno em 15 dias para reavaliação

A paciente compareceu à consulta de retorno com resultado de exames, dentre os quais haviam as seguintes alterações: CT: 260, LDL:170, HDL: 38, TGL: 256 e Glicemia: 150. As médias das medidas de pressão arterial foram: PASm: 162 PADm: 93. Com esses resultados é solicitado uma nova glicemia jejum e remarcado consulta para próxima semana. Na consulta da semana seguinte, a paciente retorna com resultado de exames com glicemia jejum no valor de 145. Com todos os dados é possível fazer uma nova avaliação da situação de saúde da dona Doraci. A paciente possui: hipertensão não controlada, diabetes mellitus (DM), dislipidemia e obesidade.

Recentemente diagnosticada com DM, dona Doraci iniciou uso de Metformina 500 mg após café da manhã, com aumento da dose para 2 vezes ao dia, na semana seguinte, como orientado pelo Caderno de Atenção Básica de Diabetes Mellitus. A meta será atingir uma glicemia jejum entre 70 – 130, com HbA1C <7%. (BRASIL, 2013)

Por ser portadora de DM a paciente é automaticamente classificada como de alto risco (> 20%) para desenvolvimento de doenças cardiovasculares nos próximos 10 anos, sendo assim, segundo a V Diretriz Brasileira e Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose sua meta lipídica de HDL-C deve ser <70. Para tanto, foi introduzido no tratamento da paciente Sinvastatina 20mg a noite. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013)



Mesmo em tratamento para HAS há 10 anos, dona Doraci não apresentava controle pressórico adequado. Com base em orientações da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial o tratamento inicial de HAS nos pacientes portadores de diabetes deve incluir a associação de dois ou mais fármacos de classes diferentes. Dessa forma, foi suspenso o uso de Metildopa, e introduzido o esquema Losartana Potássica 50mg e Hidroclorotiazida 25mg pela manhã, com o objetivo de atingir valores de PA <130/80 mmHg. Além disso, por ser paciente de alto risco cardiovascular, maior de 60 anos, com histórico de AVC na família, foi introduzido AAS 100mg/dia como forma de prevenção primária. (MALACHIAS, 2016)

Além de medidas medicamentosas, foi reforçado para a paciente a necessidade de perder peso, por meio da adoção de um estilo de vida saudável. Dona Doraci encontra-se atualmente com IMC 30, considerado obesidade grau 1, o ideal para sua altura seria um peso em torno de 59kg, ou seja, 12kg a menos do que pesa atualmente. Sendo assim, foi enfatizado a importância de realizar atividades físicas, no mínimo 30 minutos de caminhada diariamente. No caso da dieta, como seria necessária uma perda de peso significativa, a mesma foi encaminhada para avaliação da nutricionista, com objetivo de montar um cardápio adequado para suas necessidades.

Dessa forma foram estabelecidas metas a curto, médio e longo prazo. A curto prazo a paciente deve aderir às mudanças no estilo de vida, com prática de atividade física (caminhadas) diariamente, além de seguir corretamente a dieta proposta pela nutricionista e aderir ao tratamento medicamentoso. A médio prazo, após 6 meses da intervenção, é esperado que a PA e a glicemia estejam dentro da meta sugerida pelas principais diretrizes brasileiras. A longo prazo, após um ano, espera-se que dona Doraci consiga manter nível de PA, glicemia e lipídeos dentro dos padrões de normalidade, além de ter perdido pelo menos 6kg.

Para garantir a continuidade do projeto terapêutico, a equipe se comprometeu em realizar acompanhamento trimestral da paciente, contando com a participação do médico, enfermeiro, dentista e nutricionista. Também será ofertado a maior parte de medicação necessária para o tratamento, por meio da farmácia do posto ou com um preço acessível através do programa Farmácia Popular. Além disso, paciente terá acesso a exames de rotina para seu acompanhamento e visita agendada com Oftalmologista e demais profissionais caso seja necessário.

### **3 Promoção de Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção**

No posto de saúde onde atuo as medidas de promoção, educação e prevenção voltadas para a Saúde da Criança iniciam desde o pré-natal. Por meio de educação continuada na Roda da Gestante. Trata-se de um grupo com as mulheres grávidas que realizam o pré-natal na nossa estratégia, contando com a participação, também, das técnicas de enfermagem, os enfermeiros e as médicas. Nos encontramos uma vez no mês para debater assuntos relevantes à gravidez, tirar dúvidas e fornecer apoio às gestantes. Em relação à saúde da criança, nesse momento é dado enfoque aos cuidados com o recém-nascido, promoção do aleitamento materno, importância da triagem neonatal e vacinação.

Durante os encontros é enfatizada a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança. Não havendo necessidade de complementá-lo com chás, sucos ou água. São enfatizados os diferentes benefícios do aleitamento materno para o crescimento físico e desenvolvimento psicomotor da criança (WHO, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os 6 meses com manutenção do aleitamento materno até, pelo menos, os dois primeiros anos de vida, em associação com a introdução gradativa de alimentação complementar. De acordo com a organização, a promoção do aleitamento materno é a estratégia de maior impacto na mortalidade infantil quando comparada com qualquer outra medida de prevenção.

As recomendações da OMS são embasadas em pesquisas que evidenciam o aleitamento materno como fonte de nutrientes essenciais e insubstituíveis para o crescimento e desenvolvimento infantil. Além disso, funciona como uma forma de imunização, protegendo as crianças contra doenças gastrointestinais e, em menor escala, doenças respiratórias (KRAMER e KAMURA, 2002).

A promoção do AME é essencial na minha prática médica. Desenvolvo atividades no município de Barcarena, interior do estado do Pará, e atuo em áreas vulneráveis do município, onde uma grande parte da população não tem acesso a água potável e serviço de esgoto, estando as crianças expostas a uma série de doenças infecciosas, com destaque para as doenças diarreias. Sendo assim, o leite materno, por não necessitar de manuseio, diluição ou preparação é uma fonte

segura de alimentação para crianças nessa faixa etária que não contam com a estrutura de saneamento básico em sua região.

Por atuar em uma área de baixa renda e baixa escolaridade, muitas das gestantes atendidas são adolescentes, sendo esta sua primeira gravidez. Dessa forma, muitas dúvidas e mitos em relação a amamentação surgem. Sendo assim, além de enfatizar as vantagens para a saúde do recém-nascido com a adoção do AME, também educamos sobre a técnica e a pega correta para a realização do mesmo. Os materiais utilizados são provenientes de cartilhas ilustradas da UNICEF/Ministério da Saúde produzidas com uma linguagem simples e didática para atender a população leiga (BRASIL, 2007).

As recomendações para a alimentação saudável na infância também são reforçadas durante as consultas de puericultura. Sendo muito comum durante esse momento a solicitação por parte dos pais da prescrição de “uma vitamina boa para esse menino engordar”. No entanto, existem recomendações precisas para a realização de suplementação de vitaminas e minerais na infância. Como uma forma de orientar os pais e também apoiar as minhas condutas médicas procurei na literatura as evidências para cada situação.

O ferro é um mineral necessário para o transporte de oxigênio na hemoglobina, sendo sua deficiência a principal causa de anemia. A doença está associada ao comprometimento do sistema imune, com predisposição a infecções e aumento no risco de mortalidade infantil. Também esta relacionada a uma redução da função cognitiva, do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor da criança (BRASIL, 2013).

Dessa forma, existem recomendações de várias organizações mundiais e nacionais para a profilaxia da anemia ferropriva por meio da suplementação de ferro. A recomendação da OMS é a suplementação do mineral para crianças de 6 meses a 12 anos de idade que vivem em locais de alta prevalência de anemia, com doses variando de acordo com a faixa etária (WHO, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, recomenda a suplementação profilática dos 6 meses até os 2 anos de idade com 1 mg/kg/dia de ferro elementar diariamente, caso a criança tenha nascido a termo e permanecido no AME até o sexto mês de vida. Caso tenha ocorrido desmame antes desse período, a suplementação deve iniciar mais

precocemente, desde os 4 meses de vida com a mesma dosagem citada (BRASIL, 2013).

Em relação à vitamina A, a sua deficiência, quando severa, pode causar dano visual (cegueira noturna), ou aumentar o risco de doenças e morte resultantes de infecções na infância, como sarampo e outras causadoras de diarreia. A suplementação de vitamina A em crianças que vivem em países em desenvolvimento está associada à redução no risco de mortalidade por causas generalizadas e menor incidência de diarreia (OMS, 2013).

Dessa forma, a OMS recomenda a suplementação de vitamina A dos 6 os 11 meses, com uma megadose de 100.000 UI. E, para crianças de 12 meses a 5 anos, uma megadose de 200.000 UI a cada 6 meses (OMS, 2013). O Brasil segue as mesmas recomendações, sendo que considerada como áreas de risco para hipovitaminose A, dentre outros locais, os municípios que compõem a Amazônia Legal. Sendo assim, Barcarena também é incluída no Programa Nacional de Suplementação de vitamina A, e os responsáveis são orientados durante as consultas de puericultura sobre a importância de realizar a suplementação ofertada pelo município (BRASIL, 2012).

Por fim, no caso da vitamina D, poucas evidências estão disponíveis na literatura para a sua suplementação na infância. De acordo com Caderno de Atenção Básica nº 33, que trata sobre crescimento e desenvolvimento da criança, é recomendado administrar de 200 a 400UI/dia de vitamina D a crianças que apresentam um dos seguintes fatores de risco: prematuridade, pele escura, exposição inadequada à luz solar ou filhos de mães vegetarianas estritas que estejam sendo amamentados (BRASIL, 2012).

Em Barcarena, uma grande proporção das crianças é negra ou parda, sendo assim elegíveis para a suplementação complementar. Dessa forma, uma abordagem mais individualizada é realizada para avaliar a necessidade de suplementação de vitamina D em cada caso.

#### **4 Visita domiciliar/Atividade no domicílio**

A organização e objetivo da visita domiciliar na unidade onde atuo visa contemplar os atributos essenciais da Atenção Primária a Saúde. A visita possibilita o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) aos usuários que por algum motivo não possam comparecer à Unidade, permitindo que os mesmos entrem no sistema pela porta de entrada, a Atenção Básica. Também permite a longitudinalidade no acompanhamento dos pacientes, criando vínculos destes e seus cuidadores com os profissionais da unidade. A integralidade no cuidado é alcançada pelas ações de promoção de saúde e prevenção durante as visitas, além de realizar uma abordagem integral do indivíduo que vai além de problemas de saúde, pois também avalia o domicílio, as relações entre os familiares e a necessidade de encaminhamento para diferentes níveis de atenção. Por fim, é realizada a coordenação do cuidado desses pacientes, quando há necessidade da oferta de outros serviços, permitindo assim um manejo mais amplo da saúde do indivíduo.

Para organização das visitas, inicialmente é solicitado aos agentes comunitários de Saúde (ACS) que avaliem em seus territórios os pacientes que necessitam de cuidados no domicílio para que sejam inscritos nos programa de visita domiciliar. Realizamos então a primeira visita, e, partir dela, são organizados cronogramas com visitas quinzenais, mensais ou trimestrais, dependendo de cada caso.

As visitas são realizadas nas duas primeiras terças-feiras pela manhã, horário em que temos a disposição o carro da prefeitura. São agendadas quatro visitas e uma visita extra, caso ocorra alguma eventualidade durante a semana. Contamos com a presença de médico, enfermeiro, técnica de enfermagem e ACS do território. No futuro planejamos incluir o dentista no acompanhamento de casos selecionados. Como a estratégia tem crescido, também estamos estudando aumentar as datas de visitas, para ofertar cuidado a mais indivíduos.

As visitas são realizadas principalmente para atendimento de usuários portadores de enfermidades crônicas, como hipertensão, diabetes, doença de Alzheimer ou Parkinson. A visita se desenvolve como uma consulta de rotina, no entanto temos a oportunidade de avaliar outros aspectos da vida do paciente, como o ambiente em que reside, a relação com seus familiares e cuidadores.

Uma das dificuldades que encontramos no atendimento aos pacientes acamados é referente à solicitação de exames. No caso de exames laboratoriais, não existe tanto problema, pois a coleta é realizada no domicílio. Nos casos de exame de imagem, existe uma dificuldade no transporte de alguns pacientes. Em alguns casos solicitamos o apoio da prefeitura para obtenção do transporte, mas nem sempre é possível, o que causa frustração tanto para a equipe quanto para os familiares. O mesmo ocorre nos casos em que seja necessária uma consulta com especialista que são particularmente difíceis de conseguir no caso de pacientes acamados.

Deixamos reservado um horário para realização de alguma visita extra, sendo esses os casos de alguma intercorrência recente. Mesmo assim, devido à limitação dos horários de transporte para visitas domiciliares, não é possível realizar o atendimento no caso de alguma doença aguda ou urgência. Sendo sempre orientado aos cuidadores que caso notem alguma modificação no paciente o mesmo seja encaminhado para o serviço de Urgência e Emergência, não sendo aconselhado aguardar a visita domiciliar, pois isso pode atrasar o tratamento imediato e ter consequências graves para a saúde do mesmo.

As visitas, no entanto, não se restringem apenas ao cuidado de pacientes acamados ou com doenças crônicas. Nos casos de hanseníase e tuberculose (TB), sempre após o seu diagnóstico marcamos uma visita na residência do paciente, para avaliar também os contactantes, com o objetivo de promover uma busca ativa.

Além disso, as visitas possuem um caráter de promoção e prevenção à saúde. Orientamos sobre a necessidade de adesão ao tratamento, período de infectividade do paciente após início das medicações, sintomas sugestivos de doença, além de outras dúvidas que possam surgir. Também oferecemos vacinação BCG no domicílio para os contactantes de hanseníase e encaminhamento para fisioterapia para reabilitação, nos casos necessários.

Por fim, a realização de visita também ocorre como forma de busca ativa de pacientes faltosos nos programas. Essa abordagem ocorre principalmente nos casos de crianças de 0 a 2 anos e grávidas que possuem mais de três faltas consecutivas em seus respectivos programas. Também realizamos visitas nos casos de pacientes em tratamento para hanseníase ou TB que não comparecem para realizar a dose supervisionada e pegar medicação.

## 5 Reflexão Conclusiva

A participação no programa de Especialização em Saúde da Família contribuiu de forma significativa para o meu desenvolvimento profissional, assim como a melhora na dinâmica de funcionamento do local onde atuo. O posto de saúde funcionava como unidade básica, atendendo apenas livre demanda. Sendo assim, por meio das atividades desenvolvidas na especialização, tive a oportunidade de contribuir com a implementação da Estratégia de Saúde.

No Eixo 1, destaco como aprendizado a prática de Saúde Baseada em Evidências, por meio da utilização da estratégia PICO. Como a unidade estava se reestruturando recebemos vários novos pacientes de HIPERDIA, muitos deles utilizando AAS como forma de prevenção primária para eventos tromboembólicos. Através da estratégia PICO pude perceber que a prática deve ser individualizada e criteriosamente aplicada, devido ao risco de desenvolvimento de eventos hemorrágicos fatais.

Outro ponto também enfatizado durante esse mesmo Eixo foi a importância de realizar notificação compulsória de agravos e a análise dos dados epidemiológicos gerados. Foi através dessa análise que avalei a necessidade de implementar estratégias de busca ativa de pacientes com tuberculose pulmonar na minha estratégia.

Como dito na introdução, a minha primeira experiência de trabalho foi justamente por meio do PROVAB e poder contar com o suporte educacional da especialização, principalmente durante a realização dos casos complexos, permitiu o aprimoramento das minhas práticas médicas. Como viajo de barco por uma hora para poder chegar ao meu local de trabalho pude utilizar esse tempo para realizar a leitura dos diversos Manuais do Ministério da Saúde, que me permitiram embasar e ter mais confiança nas minhas condutas.

Os casos complexos foram especialmente importantes para a organização dos programas. No Crescimento e Desenvolvimento pude organizar melhor o cronograma de consultas de rotina, além de sistematizar o atendimento focando não apenas nas queixas, mas o desenvolvimento infantil integral, em destaque para avaliação de suplementação de vitaminas e minerais na infância. No programa de HIPERDIA, venho implantando a classificação de risco cardiovascular de cada paciente e avaliação rotineira das metas a serem alcançadas. E, por fim, foi criado

um protocolo para acompanhamento Pré-natal, com organização do cronograma de consultas, exames a serem solicitados em cada período gestacional e condutas a serem tomadas em cada alteração.

Por fim, o portfólio me permitiu uma análise crítica de todas as minhas condutas médicas e percepção da evolução no cuidado ofertado aos pacientes da minha Unidade. Em cada seção do trabalho optei por avaliar um programa de acompanhamento diferente. No estudo de caso clínico relatei um caso do HIPERDIA, em que o uso dos conhecimentos obtidos na especialização permitiu otimizar o tratamento da paciente. Na parte referente a promoção de saúde abordei o cuidado com a criança e o uso correto de suplementação de vitaminas e minerais na infância. E, finalmente, na visita domiciliar, explorei as diversas possibilidades de cuidado no domicílio, tanto de pacientes crônicos, grávidas quanto crianças, além de ressaltar sua importância como ferramenta de vigilância epidemiológica.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Tuberculose – Notificações Registradas: banco de dados. Disponível em: <<http://sinan.saude.gov.br/>> Acesso em: 17 jan. 2017

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pa/barcarena/panorama> > Acesso em: 20 jan. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 36

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2013; 101:1-22

MALACHIAS, M.V. B et al. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107:1-83

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guideline: Daily iron supplementation in infants and children. Geneva: World Health Organization; 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diretriz: Suplementação de vitamina A em bebês e crianças de 6-59 meses de vida. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Promovendo o Aleitamento Materno. Album seriado. Brasília: 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento. Brasília : Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro : manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

KRAMER MS, KAKUMA R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.

WHO/UNICEF. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief (WHO/NMH/NHD/14.7). Geneva: World Health Organization; 2014.

## **ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



### **Projeto de Intervenção**

**Implantação de estratégias para identificar novos casos de tuberculose na  
área adstrita da ESF Comercial**

**Barcarena  
2016**

## RESUMO

A tuberculose é atualmente considerada um dos principais problemas de saúde pública no mundo, estando o Brasil em posição de destaque nesse cenário, por ser um dos países mais afetados. Em muitos casos, o diagnóstico da doença é realizado tardiamente na atenção terciária, estando o paciente muito debilitado. O objetivo desse trabalho é ampliar a busca ativa de pacientes sintomáticos respiratórios na comunidade atendida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) Comercial, localizada no município de Barcarena-PA. Trata-se de uma pesquisa clínico-intervencional, onde serão realizadas ações de educação em saúde envolvendo os profissionais que atuam na estratégia e também a população assistida, para ampliar o conhecimento destes acerca da tuberculose. Também serão implantados protocolos de atendimento que visem diminuir o tempo de espera dos pacientes para a consulta. Espera-se com o projeto o engajamento da população e dos profissionais de saúde na busca de pacientes sintomáticos respiratórios na comunidade. E, como consequência, o aumento de casos suspeitos da doença, com realização de diagnóstico e tratamento precoce. Dessa forma, interrompendo a cadeia de transmissão da tuberculose.

**Palavras-chave:** Atenção Primária a Saúde. Tuberculose.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMA.....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIA.....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVO .....</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>10</b>
<b>7</b>	<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>12</b>
<b>8</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>13</b>
<b>9</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>14</b>
<b>10</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>15</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é atualmente considerada um dos principais problemas de saúde pública no mundo, sendo a redução em sua incidência, prevalência e mortalidade uma das Metas Globais de Desenvolvimento propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). (WHO, 2015)

O Brasil encontra-se em posição de destaque nesse cenário, por ser um dos países mais afetados pela tuberculose. De acordo com dados da OMS, o Brasil é um dos 22 países que coletivamente concentram 80% da carga mundial da doença. Sendo assim, o diagnóstico e tratamento precoce da TB é essencial para o alcance dessas metas em nosso país.

Barcarena é um município do estado do Pará localizado na região do Baixo Tocantins, possui uma população de 99.859 habitantes distribuídos em região urbana (sede e vila) e rural (rios, ilhas e estradas). Em relação à assistência a saúde, o município conta com dois hospitais de médio porte, uma UPA, 24 Estratégia Saúde da Família (ESF), um Núcleo de Apoio a Família (NASF) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II.

A Unidade de Saúde da Pedreira encontra-se na região urbana do município e possui duas equipes de ESF que atuam no local atendendo cerca de 5.000 usuários cadastrados.

Nesse curto período de início das atividades no PROVAB houveram mais de 4 casos suspeitos de tuberculose, sendo dois deles diagnosticados através de baciloscopia do escarro positiva. Uma característica, no entanto, chama atenção, a maioria dos pacientes apresentava significativa queda do estado geral, relatando tosse, febre e perda ponderal significativa há meses. Alguns relataram procurar o serviço de saúde para atendimento de urgência, tendo sido diagnosticados na atenção terciária.

## **2 PROBLEMA**

No momento do diagnóstico os pacientes com tuberculose já se encontravam debilitados, apresentando sinais clássicos da doença há mais de um mês. Alguns deles tendo sido diagnosticados apenas em nível hospitalar. Além do problema individual decorrente da queda no estado geral, a presença de indivíduos bacilíferos afeta diretamente a comunidade, por serem uma fonte de disseminação da doença, contribuindo para o surgimento de novos casos na região.

Alguns pacientes afirmam terem sido orientados a procurar o posto de saúde, no entanto, relataram duas razões para não o terem realizado precocemente: a dificuldade em relação à marcação de consulta e o tempo de espera para atendimento.

Dessa forma, é perceptível a necessidade de uma abordagem integral na assistência ao paciente com tuberculose. Devendo-se aprimorar tanto a busca dos indivíduos sintomáticos, como também melhorar o acolhimento desses na Unidade Básica.

### 3 JUSTIFICATIVA

Diagnosticar e tratar correta e prontamente os casos de tuberculose são as principais medidas para o controle da doença. Dessa forma, esforços devem ser realizados no sentido de encontrar o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença. (BRASIL, 2011)

Uma das formas mais efetivas seria a realização de busca ativa de indivíduos sintomáticos respiratórios. Para que essa busca possa ser realizada de forma mais ampla é necessária uma ação conjunta envolvendo os membros da comunidade e a equipe de saúde, através da promoção de uma educação continuada acerca da tuberculose e seu meio de transmissão, tanto para os profissionais quanto para a comunidade.

Além disso, é essencial que depois de identificados, os pacientes tenham acesso facilitado ao serviço de saúde, para que possam ser diagnosticados e tratados o mais precocemente possível.

## 4 OBJETIVO

- **Objetivo Geral**

- Realizar busca ativa de pacientes sintomáticos respiratórios na comunidade atendida pela Estratégia Saúde da Família Comercial

- **Objetivo Específico**

- Promover educação continuada acerca da tuberculose através de palestras voltadas tanto para a comunidade como para equipe de saúde.
- Implantação de protocolos de identificação e atendimento de casos suspeitos de TB
- Facilitar acesso do paciente ao serviço de saúde por meio de reservas de vagas específicas nos horários dos programas da unidade
- Realizar visita domiciliar nos pacientes que por algum motivo não puderem comparecer à Unidade



## 5 REVISÃO DE LITERATURA

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* que afeta tipicamente o pulmão, no entanto, podendo também acometer outros órgãos. A doença é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, sendo responsável por 9.6 milhões de novos casos e 1.5 milhões de mortes anualmente. O número de mortes pela tuberculose é muito alto, considerando o fato de que o diagnóstico precoce e o tratamento correto asseguram a cura de quase todos os casos da doença (WHO, 2015).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, a incidência da doença no ano de 2015 foi de 33 casos por 100.000 habitantes. No estado do Pará a situação foi semelhante, com 32.7 novos casos por 100.000 habitantes (BRASIL/MS/SISNAN, 2015). Apesar da redução progressiva nas taxas de incidência da tuberculose nos últimos anos, o Brasil ainda se mantém como um dos países com o maior número de casos da doença no mundo (WHO, 2015).

A tuberculose é transmitida por via aérea em praticamente todos os casos. A infecção ocorre a partir da inalação de núcleos secos de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do doente com tuberculose ativa de vias respiratórias (pulmonar ou laríngea). Os doentes bacíferos, isto é, aqueles cuja baciloscopia de escarro é positiva, são a principal fonte de infecção. Doentes de tuberculose pulmonar com baciloscopia negativa, mesmo que tenham resultado positivo à cultura, são muito menos eficientes como fontes de transmissão, embora isso possa ocorrer. As formas exclusivamente extrapulmonares não transmitem a doença (BRASIL, 2011).

Por ser a tuberculose uma doença transmissível por via aérea, a quebra da cadeia de transmissão, através do diagnóstico precoce e do início imediato do tratamento, é um aspecto crucial na estratégia de controle da transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* e do surgimento de novos casos da doença (Maior et. al 2012).

No mundo todo, é estimado que cerca de 3.6 milhões de casos de TB são perdidos todo ano. Isso significa que eles não são diagnosticados e/ou notificados no sistema de saúde pública. Todos esses diagnósticos desconhecidos podem ter sido diagnosticados e tratados, mas não notificados, ou simplesmente nunca

detectados. Isso significa tanto um problema individual de saúde, como também um problema de saúde pública (Raviglione e Sulis, 2016).

O diagnóstico tardio da tuberculose pulmonar pode resultar em apresentação mais grave da doença, com mais sequelas em longo prazo, maior mortalidade e perpetuação da cadeia de transmissão. O diagnóstico precoce e o pronto início do tratamento medicamentoso são fundamentais. (Machado et. al, 2011)

A principal estratégia para o diagnóstico de casos novos de tuberculose pulmonar recomendada pelo manual de tuberculose do Programa Nacional de Controle da Tuberculose no Brasil é a realização da baciloscopia direta do escarro para a pesquisa de BAAR em paciente "sintomático respiratório" (SR), definido como o indivíduo com tosse por três semanas ou mais (Maier et. al, 2012)

As estratégias de busca de casos de tuberculose utilizadas são a busca ativa de casos (BAC), definida como aquela em que o sistema de saúde ativamente procura e identifica o caso de tuberculose antes que esse procure a unidade de saúde por conta própria, e a busca passiva de casos (BPC), que corresponde àquela em que os pacientes procuram unidades de saúde (de nível primário, secundário ou terciário) espontaneamente por se sentirem doentes (Maier et. al, 2012)

Para interromper a cadeia de transmissão da TB é fundamental a descoberta precoce dos casos bacilíferos. Sendo assim, a busca ativa em pessoas com tosse prolongada deve ser uma estratégia priorizada nos serviços de saúde para a descoberta desses casos. É importante lembrar que cerca de 90% dos casos de tuberculose são da forma pulmonar e, destes, 60% são bacilíferos. O objetivo da busca ativa de SR é identificar precocemente os casos bacilíferos, interromper a cadeia de transmissão e reduzir a incidência da doença a longo prazo. (BRASIL, 2011)

## 6 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa clínico-intervencional que possui como objetivo ampliar a busca de pacientes sintomáticos respiratórios na área adstrita da ESF Comercial, Barcarena-PA. Serão realizadas ações de educação em saúde envolvendo os profissionais que atuam na estratégia e também a população assistida, para ampliar o conhecimento acerca da tuberculose. Também serão implantados protocolos de atendimento que visem diminuir o tempo de espera dos pacientes para a consulta.

O projeto de intervenção será apresentado para a equipe de saúde da ESF Comercial em reunião mensal. Serão expostos o delineamento do trabalho, com seus objetivos e metodologia a ser aplicada. Posteriormente, será aberta discussão com os membros para esclarecimentos de dúvidas e análise de sugestões. Com o aceite da equipe, será montado cronograma para início das atividades e divisão de responsabilidades no trabalho.

Para a organização do trabalho serão pesquisados e montadas materiais educativos para os agentes comunitários de saúde (ACS), além da realização de oficinas para educação continuada. É importante nessas reuniões destacar o papel essencial dos ACS para atuação direta na comunidade e identificação dos pacientes sintomático respiratórios.

As ações também serão dirigidas para a comunidade. Serviços de atenção ao paciente portador de HIV-AIDS, além de instituições fechadas, como asilos, serão contactados com o intuito de organizar uma programação educativa relacionada à tuberculose, para as populações assistidas.

Além disso, como forma de agilizar o atendimento dos pacientes sintomáticos respiratórios na unidade, será realizada reunião com a equipe administrativa do posto para criação de um fluxo de atendimento, onde os pacientes sintomáticos terão consulta com profissional de saúde priorizada. Tal ação será alcançada através do encaixe desses pacientes no horário das consultas dos programas, ao invés de aguardar consultas na demanda espontânea. Garantindo assim, atendimento com menor tempo de espera.

Após o treinamento dos ACS, os mesmos irão para a comunidade com o objetivo de realizar busca ativa de indivíduos sintomáticos respiratórios. Os pacientes encontrados serão encaminhados para avaliação com profissional de saúde da unidade e posterior solicitação de exames. A marcação de consulta será agilizada

por meio do novo fluxo de atendimento. Os pacientes que não puderem comparecer a unidade serão avaliados por meio de visitas domiciliares. Haverá um acompanhamento desses pacientes, para garantir que os mesmos retornem às consultas com resultado de exames e possam ter um cuidado continuado.

O projeto será monitorado mensalmente, com reuniões com a equipe para avaliar possíveis dúvidas e dificuldades enfrentadas pelos profissionais. Após o primeiro trimestre será realizada avaliação do impacto do projeto na comunidade, por meio de comparação do número de sintomáticos respiratórios avaliados antes e depois da implantação do projeto, além de casos positivos para tuberculose. Tais dados serão obtidos através de análise do caderno de sintomáticos da unidade e das fichas de notificação compulsória.

**7 CRONOGRAMA**

<b>Ações</b>	<b>Nov/ 16</b>	<b>Dez/ 16</b>	<b>Jan/ 17</b>	<b>Fev/ 17</b>	<b>Mar/ 17</b>	<b>Abr/ 17</b>	<b>Mai/ 17</b>
Apresentação da proposta à equipe	X						
Organização de material educativo		X					
Contactar ACS e comunidade		X					
Oficinas com ACS e comunidade			X				
Criação de fluxo de atendimento			X				
Busca ativa de sintomáticos respiratórios				X	X	X	X
Implantação de novo protocolo de atendimento				X	X	X	X
Análise de resultados							X

## **8 RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **Recursos humanos**

Equipe de saúde da família composta por 9 agentes comunitários de Saúde, 1 auxiliar administrativa, 2 técnicos de Enfermagem, 1 enfermeiro e 1 médico.

### **Recursos materiais**

- Sala para realização de palestras
- Carro/transporte cedido pela prefeitura
- Computador
- *Datashow*
- Impressora
- Folha A4
- Caneta
- Ficha de Atendimento dos pacientes Sintomáticos Respiratórios
- Manual para o Controle da Tuberculose no Brasil – Ministério da Saúde

## **9 RESULTADOS ESPERADOS**

Através da implantação do Projeto de Intervenção espera-se primeiramente ampliar o conhecimento, tanto da equipe de saúde, como da população, em relação à tuberculose. Dessa forma, engajando todos na busca de pacientes sintomáticos respiratórios na comunidade.

Como reflexo dessa ação é esperado um aumento no número de casos suspeitos e diagnosticados da doença. Além disso, com as mudanças no fluxo de atendimento desses pacientes, o acolhimento seria agilizado, com um menor tempo de espera para uma consulta.

Como consequência, os pacientes seriam diagnosticados mais precocemente, ainda na atenção básica, contribuindo assim para interromper a cadeia de transmissão da tuberculose na área adstrita.

Portanto, este projeto deverá ter impacto nas ações relacionadas a diagnóstico, tratamento e prevenção da tuberculose na comunidade.

## 10 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Tuberculose - Notificações Registradas: banco de dados. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/taxa-incidencia-tuberculose-1990-2015-MAIO-2016-corrigida.pdf> /> Acessado em: 20 out. 2016.

Machado ACFT, Steffen RE, Oxlade O, Menzies D, Kritski A, Trajman A. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. J Bras Pneumol. 2011;37(4):512-520

Maior ML, Guerra RL, Cailleaux-Cezar M, Golub JE, Conde B. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. J Bras Pneumol. 2012;38(2):202-209

Raviglione M, Sulis G. Tuberculosis 2015: burden, challenges and strategy for control and elimination. Infectious Disease Reports 2016; 8:6570

WHO. World Health Organization, Global Tuberculosis Report 2015, Geneva, 2015. Disponível em: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/). Acessado em: 20 out. 2016.