Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

Módulo de Casos Complexos
Caso 12

Vila Santo Antônio

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

Sumário

Vila Santo Antônio 3

Caso 12 - Vila Santo Antônio 6

Contextualização 10

Tema 1 - Abordagem da dependência química 14

Tema 2 - Abordagem de pequenos ferimentos na Atenção Primária ... 18

Tema 3 - Saúde bucal 22

Tema 4 - Tosse crônica e tuberculose 24

Caso 12
Vila Santo Antônio

Módulo de Casos Complexos

Vila Santo Antônio

O distrito de Vila Santo Antônio localiza-se na zona rural de Cachoeira da Serra, na divisa com o município de Ouro Velho, e conta com uma população aproximada de cinco mil habitantes – com um grande contingente infanto-juvenil. O terreno é acidentado, com um declive de mais ou menos 30 metros, e seus limites geográficos se estendem até um córrego que o separa do bairro Vitória, no qual a população da Vila despeja seus dejetos. A comunidade surgiu há 27 anos, a partir da ocupação de 80 famílias advindas de outra vila da cidade. As famílias foram montando barracos com qualquer tipo de material (madeira, papelão, latão etc.). A fonte de renda delas vinha da venda de algumas hortaliças, ovos, galinhas e porcos que eram criados em casa.

O processo de ocupação da área não parou, e atualmente moram no local 1.230 famílias que passaram a ter como fonte de renda predominante a agricultura primária, sem recursos tecnológicos (as propriedades são em geral roças). Existe um pequeno comércio local (alguns bares e dois armazéns); não há escolas, apenas uma creche da prefeitura, e também não existe um lugar de lazer para os moradores.

O distrito, como na maioria das áreas rurais, é um local de difícil acesso e sem infraestrutura básica sanitária. Por ficar em zona de limites do município, é muito visado por criminosos em fuga ou foragidos do sistema carcerário. Nos últimos anos, têm crescido muito o uso e o tráfico de drogas, principalmente crack, na comunidade. A associação comunitária que havia foi desativada há cerca de quatro anos, por falta de participação. Vários candidatos políticos já prometeram ajudar a população da Vila Santo Antônio, mas tudo não passou de promessa.

A primeira Unidade Básica de Saúde, com equipe de Saúde da Família, foi criada há seis anos, num anexo da Associação de Moradores. Situada no meio da vila, numa casa sem as

mínimas condições de abrigar um serviço de saúde – o esgoto não era canalizado e despejado na viela lateral de acesso à unidade; a única sala de consultório não possuía janelas, sua abertura se dava para dentro da pequena sala de espera, onde se acumulavam as pessoas que aguardavam pelo atendimento.

Há aproximadamente um ano, a prefeitura construiu uma nova sede para unidade de saúde, que fica próxima ao bairro Vitória. A atual estrutura é muito boa. A população da vila, porém, reclama da mudança, já que ficou mais distante para chegar ao posto (40 minutos a pé do local mais distante da vila) e porque, agora, o posto está sempre cheio de pacientes, moradores do bairro Vitória que começaram a frequentar a Unidade. Tais moradores são da área de abrangência da UBS Vitória, não coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

O bairro Vitória, de classe média baixa, tem moradores que, em sua maioria, possuem planos de saúde por meio das empresas em que trabalham. Há um predomínio de população idosa que está trazendo muitas demandas para a Unidade. A associação de moradores defende a inclusão do bairro no atendimento da Unidade de Saúde, alegando que a ESF deve atender a todos. A associação está levando um documento à Secretária de Saúde, reivindicando uma reorganização do território. Tal mudança acarretará um aumento de aproximadamente 900 famílias.

A Equipe de Saúde da Família da UBS Vila Santo Antônio é composta por:

- Agentes Comunitários de Saúde: Gilda, Leandro e Marcos
- Auxiliar Administrativa: Lúcia
- Auxiliar de Saúde Bucal: Mariane
- Auxiliar de Enfermagem: Cléo
- Enfermeira: Ana Lígia
- Médica: Joana
- Odontólogo: Érico

Recentemente chegaram Érico, dentista, e Mariane, auxiliar de saúde bucal (ASB). O trabalho da equipe é organizado num cronograma semanal.

Reunião de equipe: O caso Jéferson

Iniciou-se a reunião de equipe abordando o caso de Jéferson (residente na Rua C, na microárea 2, de responsabilidade do ACS Leandro), um rapaz de 18 anos, usuário de drogas (sabidamente crack). Mora com a mãe, que trabalha como diarista. Jéferson tem roubado coisas de casa para comprar drogas. Seus dois irmãos foram assassinados devido ao tráfico, e o pai deixou a família quando Jéferson tinha nove anos.

Há três semanas, Jéferson chegara à Unidade com queixa de dor abdominal, febre durante dois dias e urina escura. Dra. Joana suspeitou que fosse hepatite e solicitou alguns exames laboratoriais.

Na reunião, Dra. Joana e Dr. Érico revelaram preocupação quanto ao resultado dos exames e o estado das condições bucais, já que Jéferson não tinha retornado para novas avaliações.

O ACS Leandro disse que, da última vez que viu Jéferson, na semana anterior, tinha-o achado muito magro e verificou que ele estava tossindo muito. Na ocasião, pediu que o paciente fosse ao posto para saber o motivo da tosse. Dra. Joana comentou que poderia ser por causa do crack, mas também tinha que se pensar em tuberculose. Na comunidade, não há casos

de tuberculose notificados há dois anos, o que é de estranhar, já que o município tem uma prevalência considerável. O último paciente foi o Sr. Alfredo, que faleceu sem completar o tratamento; e a família dele não procurou mais o posto.

A enfermeira Ana Lígia levantou a questão, dizendo que Jéferson viera à Unidade após ter sofrido um acidente, ao cortar a mão com uma lata. Ao chegar à Unidade, ele quis que a médica o atendesse logo, mas Ana o mandou direto ao hospital, explicando que aquilo não era caso para ser atendido na ESF. Dra. Joana, que não fora avisada da situação, disse que não concordava e que deveria existir material no posto para esses casos. Os agentes de saúde seguiram a ideia da enfermeira, dizendo que o papel da ESF era somente prevenção e promoção da saúde.

Outra situação levantada pela Dra. Joana foi a dificuldade que a ESF tem para trabalhar com usuários de droga. Disse que achava que isso deveria ser de responsabilidade da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), já que considerava a drogadição uma situação complexa e grave. A enfermeira concordou com a médica, mas um agente de saúde, que entrou há pouco tempo na equipe (Marcos), e fez curso de formação em Redução de Danos, disse que algumas coisas poderiam ser feitas para os usuários de drogas. Como ainda precisavam ver alguns dados do SIAB, a equipe decidiu não pôr em discussão o que o ACS falou.

Ana Lígia mostrou o consolidado do SIAB e comentou que chamou atenção o grande número de gestantes menores de 20 anos (13) e de hipertensos (98 dos 179 cadastrados) sem acompanhamento. Cobrou mais visitas dos ACS para resolver a situação. O Dr. Érico e a

ASB Mariane apontaram que estavam havendo muitos encaminhamentos de odontologia. Os agentes de saúde argumentaram que todo mundo quer passar pelo dentista, pois ser novidade no posto, mas ninguém quer esperar. A Equipe de Saúde Bucal decide então fazer um grupo de triagem para avaliar a gravidade dos pacientes.

Logo após a reunião, chega Jéferson, queixando-se que foi mordido por um cão. Ao ser questionado, diz não saber qual cão nem de onde ele surgiu. Está visivelmente alterado por drogas. Exige atendimento na hora.

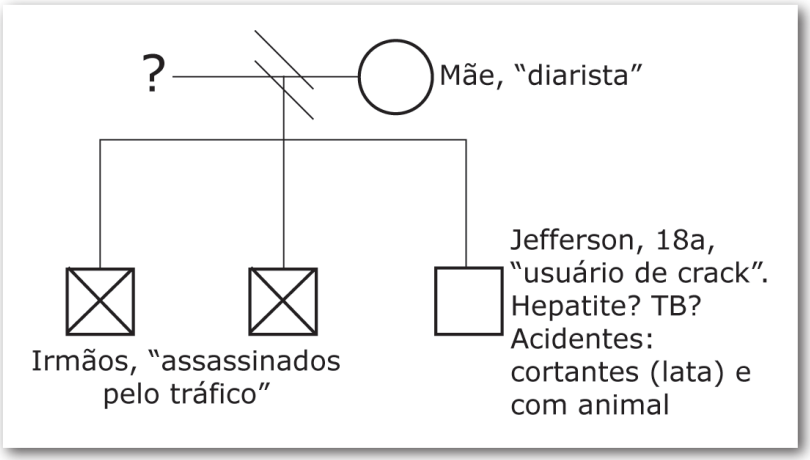
Contextualização

Marcelo Marcos Piva Demarzo e Julie Silvia Martins

O Caso Vila Santo Antônio traz desafios próprios da Atenção Primária à Saúde (APS) orientada à comunidade, com incremento de complexidade diante de uma situação de grande vulnerabilidade social e sanitária e da dependência de substâncias por um jovem de 18 anos. Trataremos o caso didaticamente a partir de dois aspectos fundamentais: **cuidado** e **gestão**.

Cuidado

Para termos uma visão inicial mais sistêmica do caso apresentado, podemos construir o seguinte genograma básico para Jéferson, que servirá de suporte para as discussões adiante:



- **Cuidando de Jéferson**

Jéferson possui vários sinais e sintomas, referidos na procura por atendimento ou observados pela equipe, que devem ser avaliados e cuidados integralmente, de forma articulada. A questão mais importante é a dependência por drogas, mas os outros problemas não devem ser negligenciados e podem, se bem conduzidos, promover o vínculo e a confiança necessários para a abordagem sobre o uso de substâncias, a qual é bastante complexa. A abordagem dos problemas odontológicos pode, por exemplo, configurar-se num caminho adequado para o fortalecimento do vínculo (veja mais no tema **Saúde bucal**).

Dor abdominal e urina escura podem fazer parte das características clínicas da hepatite viral aguda. A febre não é tão comum. É importante pensar que os quadros clínicos agudos das hepatites virais são muito diversificados, variando desde formas subclínicas ou oligossintomáticas até formas fulminantes. A maioria dos casos cursa com predominância de fadiga, anorexia, náuseas, mal-estar geral e adinamia. Nos pacientes sintomáticos, o período de doença aguda se caracteriza pela presença de colúria, hipocolia fecal e icterícia. Todos esses aspectos poderiam ter sido abordados pela médica e pela equipe para melhor definição do diagnóstico, além da solicitação dos exames complementares.

A tosse acompanhada do emagrecimento, como no caso de Jéferson, pode ser provocada pelo uso de crack, mas é importante pensar na possibilidade de detecção de caso de tuberculose, como veremos no tema **Tosse crônica e tuberculose**.

Em relação à dependência, as abordagens iniciais e continuadas devem buscar alguns objetivos principais:

1) determinar se Jéferson atende aos critérios clínicos para dependência ou abuso de álcool/drogas;

2) determinar a gravidade do problema; e

3) determinar como a droga afeta a saúde física e psicológica e as relações familiares e sociais de Jéferson.

Casos complexos como o de Jéferson exigem um cuidado integrado com os diversos equipamentos de saúde e comunitários disponíveis, articulando vários profissionais. O apoio matricial da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) será muito importante, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Equipe de Saúde da Família num projeto terapêutico singular para Jéferson, além de auxiliar no reconhecimento da necessidade ou não de referência para outros serviços de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD).

Seria interessante a equipe também conhecer e utilizar a estratégia e o conceito de **redução de danos**. Trata-se de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo. É uma das estratégias usadas na Atenção Básica para trabalhar no acompanhamento de usuários de drogas e álcool, como veremos no tema **Abordagem da dependência química**.

A Equipe de Saúde da Família pode trabalhar com a redução de danos por meio, por exemplo, de educação, informação e aconselhamento; assistência social e à saúde; disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS e às hepatites.

Vale lembrar que o envolvimento da mãe de Jéferson em seu plano terapêutico será fundamental para o sucesso do caso. Além disso, a própria mãe deverá ter seu plano de cuidados, com foco na sobrecarga emocional que provavelmente está vivenciando.

Gestão

Do ponto de vista da gestão central (municipal e federal), a equipe em questão atende um número de pessoas e famílias superior ao preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica vigente (até quatro mil pessoas ou mil famílias por equipe), com o agravante de estar numa área rural (maiores distâncias) e da grande vulnerabilidade social e sanitária. Alem disso, possui uma área de influência ainda maior, atendendo também famílias do bairro vizinho (Vitória – com características epidemiológicas bastantes distintas da Vila Santo Antônio). Apresenta ainda um problema de acessibilidade, pois está muito distante de alguns pontos do bairro. Também possui um número reduzido de agentes comunitários de saúde (apenas três), quando o preconizado seria pelo menos seis para a área adscrita dessa equipe.

Há a necessidade de negociar no Conselho Municipal de Saúde, com o apoio da comunidade local, a instalação de uma nova equipe no Bairro Vitória, a fim de se resolver ou amenizar os dois problemas; ou, ainda, implantar uma nova equipe na Vila Santo Antônio, pois há condições sociais, demográficas e sanitárias que justificariam uma segunda equipe. Outros problemas relevantes, com grande impacto na saúde das pessoas do território, são a ausência de escolas, de infraestrutura sanitária básica e de áreas de lazer no território, constituindo-se em ações intersetoriais importantes a serem desenvolvidas pela Unidade, em conjunto com a comunidade e junto aos órgãos públicos responsáveis. A reativação da associação de moradores da comunidade seria um passo importante, e poderia ser incentiva e apoiada pela equipe.

Quanto à organização do processo de trabalho da equipe em relação à vigilância dos casos de tuberculose, esta deveria ser guiada pela participação de cada integrante da ESF com atribuições específicas no sentido de suspeitar, diagnosticar, notificar e acompanhar os casos, e também realizar atividades de controle no âmbito do território. A equipe pode trabalhar com as metas definidas no Plano Nacional de Controle da Tuberculose (1999) para estimar o número de sintomáticos respiratórios e o número de casos existentes no território; dessa forma, a organização da equipe pode ser avaliada conforme a realização das etapas, que vai da detecção à cura do doente e à integridade da comunidade.

No caso apresentado, sugere-se problematizar a ausência de casos no território da UBS, sabendo da alta prevalência no município. Considerar também o óbito que houve há dois anos, de um paciente que não fez o tratamento e cuja família não foi mais à Unidade de Saúde. A equipe precisa discutir como deve ser a busca de casos de tuberculose (sintomáticos respiratórios, história de tratamento anterior, contatos dos casos de tuberculose, populações de risco, usuários de drogas, moradores de rua), ou seja, como realizar vigilância.

O acolhimento e o atendimento à demanda espontânea e às urgências (o corte na mão de Jéferson e o acidente com o cão, por exemplo) devem ser realizados pelas equipes de Saúde da Família (acesso e integralidade das ações são atributos fundamentais da APS). As equipes são porta de entrada dos usuários no sistema de saúde e também fazem parte do sistema estadual de urgência e emergência. Veremos mais sobre o assunto no tema **Abordagem de pequenos ferimentos na Atenção Primária**.

O usuário com quadro agudo ou crônico agudizado deve ser atendido na sua unidade de referência, pois já possui o vínculo com a equipe. É importante observar que a Equipe de Saúde da Família precisa estar capacitada, e a Unidade necessita ter recursos físicos adequados para esse tipo de atendimento. Outro aspecto importante é o município ter uma rede organizada para referência dos pacientes com problemas agudos.

A equipe deveria também discutir o papel da avaliação e do planejamento nas ações implantadas (por exemplo, em relação ao grande número de gestantes menores de 20 anos e de hipertensos sem acompanhamento). Os serviços de saúde complexos, como os de Atenção Primária, envolvem processos de trabalho diversos. A avaliação precisa dar resposta a todo o conjunto.

Conclusão

Nesta contextualização foram abordados os aspectos gerais do caso Vila Santo Antônio. O caso permite a discussão de aspectos clínicos e de gestão em relação a temas de alta complexidade de manejo, como a dependência de substâncias ilícitas, e a atuação em áreas de grande vulnerabilidade social e sanitária.

Tema 1 - Abordagem da dependência química

Thiago Marques Fidalgo, Pedro Mário Pan Neto e Dartiu Xavier da Silveira

O caso do paciente Jéferson tem como elemento central a dependência química. Trata-se de um problema bastante prevalente, porém pouco debatido ao longo da formação dos profissionais de saúde, o que faz com que dúvidas quanto ao seu manejo sejam frequentes.

Vários pontos importantes são suscitados pela reunião clínica. O primeiro é a mobilização que o caso gera na equipe. Todos parecem angustiados com os problemas de Jéferson, mas sem saber exatamente como lidar com a situação. É interessante, também, o fato de Jéferson chegar "exigindo" atendimento naquele momento. Qual seria a postura adequada? Atender à "exigência"? Colocar limite? Por fim, temos a questão sobre o papel da Unidade Básica de Saúde no atendimento aos dependentes químicos.

É bastante comum que pacientes dependentes químicos sejam encarados pelos profissionais de saúde como "pacientes difíceis" ou que "não têm vontade de se tratar". Essa postura estigmatiza o paciente e dificulta a busca por tratamento. É importante ressaltar que a dependência é uma questão de saúde, que deve ser abordada por todos os níveis de atenção. Dessa forma, é importante que esse assunto seja discutido por todos que compõem a equipe dos serviços, desde os técnicos até os profissionais de base, como porteiros e auxiliares de limpeza. Todos são responsáveis por acolher o paciente e por motivá-lo a manter o tratamento.

Fica claro, assim, que faz parte das atribuições da Unidade Básica de Saúde a atenção a esses pacientes. Certamente as UBS não dispõem de toda a infraestrutura necessária para o atendimento completo de dependentes como Jéferson, a começar por uma equipe multiprofissional completa, que conte com terapeuta ocupacional, psiquiatra, psicólogo e assistente social. A UBS, no entanto, em função de sua capilaridade e de sua inserção no território, tem importante papel na conscientização da população quanto à identificação dos casos que necessitam de ajuda. Além disso, em todo atendimento, os pacientes poderiam ser avaliados com instrumentos de rastreamento para dependência. Por fim, a equipe da UBS pode agir de forma bastante eficaz na prevenção do uso indevido de substâncias.

É importante que a Unidade esteja preparada para acolher a angústia de Jéferson a qualquer momento do dia. Esse acolhimento pode ser feito por qualquer profissional da saúde. Por outro lado, ao mesmo tempo que essa angústia emergencial deve ser acolhida, é importante que ela não seja o motor do tratamento. Limites e regras devem sempre ser estabelecidos e lembrados a Jéferson o tempo todo, como forma de auxiliá-lo no desenvolvimento de uma relação com a instituição que seja diferente daquela estabelecida com a substância, na qual todos os seus desejos e angústias são prontamente atendidos e aliviados. Nesse sentido, é de importância vital que a equipe atue de forma coesa, com o discurso afinado, orientando o paciente de forma única e sistematizada. Esses contornos, que podem ser encarados como limitadores, são, na verdade, as ferramentas de que dispõe a equipe para dar forma à demanda do paciente, que, na maioria das vezes, se encontra fragmentada e ambivalente.

Redução de danos

Ao longo do caso do paciente em questão, fica claro que as estratégias habituais para o tratamento da dependência química não se mostraram aplicáveis. A Redução de Danos surge como um paradigma possível tanto no plano individual quanto no ambiente comunitário.

Diversas dificuldades foram encontradas ao longo do manejo clínico do caso. Nesse momento, com o respaldo da literatura disponível, poderia se optar pelo paradigma da Redução de Danos como norteador das ações. Dessa forma, não mais se buscaria a conduta ideal, mas sim a conduta viável. Nesse contexto, aplicam-se não as melhores opções terapêuticas para cada um dos problemas, senão aquilo que se mostra possível de ser colocado em prática, sendo a visão integral do paciente a prioridade. Nesse modelo, a abstinência torna-se um elemento secundário e passa a se buscar um padrão de uso menos nocivo para o paciente.

Fica claro, nessa situação, o grande valor desse modelo de intervenção, comprometido com a redução dos prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo. Trata-se de uma abordagem que tem se mostrado muito eficaz nesses propósitos, uma vez que são estabelecidas metas factíveis, com a participação ativa dos pacientes e de toda a equipe envolvida em seu manejo. Constrói-se, assim, um vínculo de confiança e respeito, no qual é valorizada a autonomia do sujeito que se coloca à disposição da equipe.

É importante ressaltar que, dentro dessa proposta, o plano terapêutico é permanentemente reavaliado e os objetivos estabelecidos são constantemente revisados, respeitando-se sempre a possibilidade de realização e transformação do paciente a cada momento, minimizando, dessa forma, a frustração, aspecto a um só tempo comum e prejudicial à clínica da dependência.

Com tudo isso, a equipe objetivou propiciar uma vida mais saudável, na qual, embora condições médicas graves ainda estejam presentes, estas estão controladas e o paciente pode desfrutar de autonomia e liberdade para se autodeterminar e desempenhar seus papéis sociais.

Bibliografia consultada

ABRAMS, K. et al. Self-Administrtion of Alcohol Before and After a Public Speaking Challenge by Individuals with Social Phobia. **Psychol Addict Behav.**, v. 16, n. 2, p. 121-128, Jun. 2002.

FIDALGO, T. M. et al. Validation of a short version of the Revised Drug Use Screening Inventory (DUSI-R) in a Brazilian sample of adolescents. **American Journal on Addictions**, 2010.

FIDALGO, T. M.; SILVEIRA, E. D.; SILVEIRA, D. X. Drug use among adolescents in Brazil. In: **Focus on Adolescent Behavior Research**. Ed. Nova Publisher, 2007.

_____. Psychiatry comorbidities related to alcohol use among adolescents. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 34, n. 1, 2008.

HARDING, T. W. et al. Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. **Psychological Medicine**, n. 10, p. 231-241, 1980.

KAMPMAN et al. A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence. **Drug Alcohol Depend**, n. 75, p. 233-240, 2004.

KARILA et al. New treatments for cocaine dependence. **Int J Neuropsychopharmacol**, n. 11, 2008.

KESSLER, R. C. et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. **Arch Gen Psychiatry**, n. 51, p. 8-19, 1994.

KHANTZIAN, E. J. The Self-Medication Hypothesis of Addict Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. **American J Psychiatry**, n. 142, p. 1259-1264, 1985.

KLEBER et al. Treatment of Patients With Substance Use Disorders, Second Edition. **American J Psychiatry**, n. 164, p. 4, April 2007 Supplement.

KUSHNER, M. G. et al. Anxiety Mediates the Association Between Anxiety Sensitivity and Coping-Related Drinking Motives in Alcoholism Treatment Patients. **Addict Behav**., v. 26, n. 6, p. 869-885, Nov-Dec., 2001.

KUSHNER, M. G.; ABRAMS, K.; BORCHARDT, C. The Relationship between Anxiety Disorders and Alcohol Use Disorders: a Review of Major Perspectives and Findings. **Clin Psychol Rev.**, v. 20, n. 2, p. 149-171, Mar. 1999.

LIMA et al. Carbamazepine for cocaine dependence (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Issue 4, 2007.

MARLATT, G. A. **Redução de Danos:** estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1999.

OLIEVENSTEIN, C. **La clinique du toxicomane**. Bagedis: Éd. Universitaires, 1987, p. 45-61.

REGIER, D. A. et al. Comorbidity of Mental Disorder with Alcohol and other Drug Abuse. Results from Epidemiologic Catchment Area Study. **J Am Med Association**, v. 264, n. 19, p. 2511-2518, 1990.

SCHAEFER, M.; HEINZ, A.; BACKMUND, M. Treatment of chronic hepatitis C in patients with drug dependence: time to change the rules? **Addiction**., n. , 99, p. 1167-1175, 2004.

SILVEIRA, D. X. **Drogas, uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências**. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 1995.

_____; JORGE, M. R. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 3, p. 145-151, jul./set. 1999.

_____; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

Tema 2 - Abordagem de pequenos ferimentos na Atenção Primária

Katsumi Osiro

O caso Jéferson permite abordar o papel da Estratégia Saúde da Família em situações de urgência que requerem atendimento imediato, a conduta com relação a ferimento acidental, a profilaxia do tétano e o tratamento antirrábico em caso de exposição ao vírus da raiva.

No passado, usuários que procurassem os postos de saúde para atendimento eventual por ferimentos ou por doença aguda, mesmo sem gravidade, com certa frequência eram encaminhados para hospitais sem passar pelo médico.

Essa conduta era muitas vezes tomada na recepção da Unidade pela dificuldade de "encaixar" atendimentos não programados na agenda do médico, já lotada por consultas do cronograma dos programas de saúde. Outros fatores que contribuíam para essa postura eram o entendimento de que o papel do posto de saúde era a "medicina preventiva" e o do hospital, a "medicina curativa". A insegurança do médico clínico de como proceder em certos casos de urgência e a falta de estrutura física e de material para atendimento de ferimentos também colaboravam para essa prática.

No caso de ferimento de Jéferson, o motivo de encaminhamento direto ao hospital "*por não ser caso a ser atendido no PSF*" mostra que ainda persiste o conceito antigo de prevenção

em senso estrito. A equipe muitas vezes desconhece as razões estratégicas que fundamentaram a criação da Estratégia Saúde da Família.

Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado com a implementação da Saúde da Família, é fundamental que a Atenção Primária e a ESF se responsabilizem pelo acolhimento das famílias adstritas ou dos moradores do seu território de cobertura, quando necessitarem de assistência por situações cuja complexidade seja compatível com esse nível de assistência.

É de conhecimento geral que os aparelhos formadores oferecem insuficiente formação para o enfrentamento das urgências. Assim, é comum que profissionais de saúde, ao depararem com uma urgência de maior gravidade, tenham o impulso de encaminhá-la rapidamente para a Unidade de maior complexidade, sem nem sequer fazer uma avaliação prévia e a necessária estabilização do quadro, por insegurança e desconhecimento de como proceder. Assim, é essencial que esses profissionais estejam qualificados para esse tipo de enfrentamento, se o intuito é imprimir efetividade na sua atuação.

As Unidades devem ter pessoal treinado e espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento de urgências mais frequentes na comunidade até a viabilização de transferência para a Unidade de maior complexidade.

Portanto, o caso de ferimento de Jéferson é de competência da Saúde da Família, que deveria tê-lo atendido, avaliado e aplicado medidas iniciais de tratamento antes do encaminhamento ao hospital ou pronto-socorro.

O tempo decorrido desde o acidente até o início do tratamento, além de outras características da lesão, define a conduta a ser tomada. Se a lesão tiver ocorrido há mais de seis horas, a sutura pode ser inviável. No caso de Jéferson, além do tempo gasto para chegar à Unidade de Saúde da Família, há que se considerar a demora a ser somada para início do tratamento no hospital.

Cuidar de ferimentos abertos não é uma atividade exclusiva de hospital ou pronto-socorro. A equipe do PSF pode assumir a responsabilidade do tratamento de pequenos ferimentos aplicando os cuidados básicos, incluindo até a sutura, se o médico tiver treinamento mínimo e a Unidade tiver sala adequada e material.

Mesmo que a Unidade não tenha condições de solucionar casos de ferimentos, a avaliação da lesão deve ser feita e o tratamento iniciado antes do encaminhamento.

Se o ferimento aberto for superficial, a recomendação é lavar com água e sabão neutro e cobrir com gaze ou pano limpo para evitar contaminação. Se o ferimento for aberto e profundo, o local deve ser coberto com gaze ou pano limpo e, na presença de sangramento, pode-se comprimir o local sobre o curativo.

Saiba Mais...

Mais informações sobre condutas em ferimentos estão disponíveis via internet na Unifesp virtual: www.virtual.unifesp.br/cursos/ps/restrito/ferimento.pdf

A profilaxia do tétano deve ser sempre lembrada em casos de ferimentos porque qualquer lesão é de risco, desde que entre em contato com o esporo de *Clostridium tetani.*

Alguns ferimentos representam um terreno mais propício para germinação desses esporos que, em condições de anaerobiose, transformam-se na forma vegetativa e produzem a exotoxina. Ferimentos profundos, presença de corpos estranhos, tecidos desvitalizados e tratamento iniciado tardiamente merecem cuidados especiais por serem de maior risco.

Para profilaxia do tétano, em linhas gerais, devem ser realizadas:

- Limpeza e desinfecção do ferimento cutâneo com soro fisiológico e substâncias oxidantes. Remoção de corpos estranhos e tecidos desvitalizados. Desbridamento se necessário e lavagem com água oxigenada.
- Avaliação do ferimento quanto à profundidade, grau de contaminação e complexidade. Avaliação da situação vacinal quanto a tétano.
- Aplicação do protocolo do Ministério da Saúde em relação a ferimentos suspeitos de tétano considerando o tipo de ferimento e a situação vacinal.
- Aplicação do esquema para profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular, se o ferimento tiver sido provocado por mordedura de animal.

Com relação ao acidente com cão relatado por Jéferson, deve ser dado crédito à queixa a despeito do estado alterado dele, acolhendo, avaliando os ferimentos e considerando como possível caso de agressão por cão desconhecido com risco de exposição ao vírus da raiva. Devem ser efetuados:

- Exame físico para localização dos ferimentos cutâneos;
- Avaliação dos ferimentos quanto à extensão, gravidade, profundidade e contaminação;
- Limpeza das lesões com água abundante e sabão ou outro detergente;
- Indicação de vacina antirrábica conforme esquema profilático de pós-exposição;
- Vacinação contra tétano, se necessário;
- Seguimento do esquema de revacinação se o paciente já tiver sido vacinado antes contra raiva;
- Notificação do atendimento antirrábico humano utilizando a Ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);
- Preenchimento da Ficha “Atendimento Antirrábico Humano” do Sinan;
- Orientação do paciente.

Considerando o risco de abandono ao tratamento pelo fato de Jéferson ser usuário de drogas, a aplicação da vacina deve ser preferencialmente realizada na UBS. Esse tratamento precisa ser garantido todos os dias, incluindo finais de semana e feriados, até a última dose programada. É de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família a busca ativa imediata dos faltosos.

Saiba Mais...

Segundo dados do Ministério da Saúde sobre acidentes, a maioria dos casos é provocada por quedas e acidentes de trânsito, vindo a seguir os ferimentos corto-contusos provocados por objetos que furam ou cortam.

Sendo as lesões corto-contusas agravos frequentes na comunidade, cabe à equipe do PSF orientar a comunidade sobre os cuidados iniciais com a desinfecção, manter alta cobertura vacinal contra tétano, incluindo as doses de reforço para adultos e idosos a cada 10 anos.

Para as mordeduras por cães, devem ser realizadas ações de redução de acidentes com cães e gatos domésticos porque muitas agressões ocorrem dentro do domicílio com animal da própria família. Orientações sobre os cuidados com o ferimento e a identificação do animal agressor são outras ações que contribuem para redução do risco de raiva e da necessidade de vacinação antirrábica.

Tema 3 - Saúde bucal

Celso Zilbovicius

O caso Vila Santo Antônio nos é apresentado como um grande desafio para a Equipe de Saúde Bucal. O perfil do território mostra dificuldades geográficas para acesso, além da mudança da UBS ter se mostrado um entrave maior para a população acessar o serviço.

Mesmo que a Unidade Básica de Saúde (UBS) esteja agora localizada no Bairro Vitória, as atenções se voltam para a Vila Santo Antônio, que necessita de ações imediatas de atenção em saúde bucal, mesmo que o equipamento odontológico não esteja funcionando de forma satisfatória, conforme mostra a descrição das equipes de saúde e respectivas UBS em Cachoeira da Serra.

O fato de a maior parte da vila não ter instalações sanitárias mínimas sugere que a água que a população recebe também não deve ser tratada e, portanto, a fluoretação como método sistêmico de prevenção de cárie deve ser descartada.

Os primeiros passos para a Equipe de Saúde Bucal seriam o conhecimento do perfil epidemiológico em saúde bucal dessa população e a devida triagem de risco. Muito provavelmente, o perfil econômico social da população sugere uma alta prevalência de cárie, inclusive na população adulta. Assim, o dentista Érico e a ASB Mariane devem realizar ações de adequação do meio para remover focos urgentes de doença e organizar a demanda segundo o critério de risco de cárie.

Baseada nessa triagem e levando em consideração a dificuldade de acesso da população à Unidade e a falta de fluoretação na água, a Equipe de Saúde Bucal deve estruturar ações de

fluorterapia tópica através de bochechos e aplicação de flúor gel nos indivíduos com maior risco à doença.

O território apresenta falta de espaços sociais para ações educativas em saúde bucal, mas estas podem ser realizadas utilizando a creche existente ou programando ações com grupos menores de pessoas nas residências de indivíduos que, na triagem, apresentarem maiores agravos, o que fortalece a importância das visitas domiciliares da Equipe de Saúde Bucal ao território. O constante fornecimento de *kits* de higiene bucal deve estar assegurado durante as ações educativas e as visitas domiciliares.

Organizadas a estratégia inicial de conhecimento do território e a adequação do meio bucal e estruturadas as ações de prevenção, a equipe deve se concentrar na organização da demanda para a assistência na Unidade. Os indivíduos triados no território ou na própria Unidade que necessitam de maior assistência deverão ter prioridade mesmo que respeitando a lógica de cobertura por famílias.

O caso de Jéferson reforça a necessidade de integração da Equipe de Saúde Bucal com a Equipe de Saúde da Família. A dificuldade de acesso à Unidade, que agora está mais longe do território que apresenta maior necessidade, aliada às condições de trabalho de grande parte da população, não propicia uma efetiva frequência a serviços que, culturalmente, muitas vezes podem ser vistos como "adiáveis", como a saúde bucal, deixando, em muitos casos, a demanda se transformar em demanda de urgência para aliviar dor. Isso provoca de um lado a mutilação cada vez maior de uma população já carente de serviços de reabilitação protética ou acarreta uma pressão sobre os serviços de atenção secundária em saúde bucal, como endodontia, para execução de tratamentos de canal para salvar dentes. A capacitação de ACS em saúde bucal e a permanente troca de informações entre esses profissionais e a equipe de saúde bucal podem facilitar o monitoramento e o rastreio de necessidades e devidas ações.

Vila Santo Antônio representa um caso desafiador para a Equipe de Saúde Bucal para lidar com todas as variáveis simultâneas de prevenção e assistência clínica. O correto diagnóstico do território, bem como das necessidades da população aliadas a estratégias de estimulação, educação em saúde bucal e integração de toda a equipe de saúde, pode facilitar as estratégias.

O processo saúde/doença de um território como Vila Santo Antônio reforça também a ideia de que o rastreamento e as ações devem ser frequentes, pois as dificuldades, sejam geográficas e/ou socioeconômicas, geram mudanças importantes no perfil de adoecimento da população, e a equipe de saúde deve estar a postos para acolher e lidar com essas mudanças de forma efetiva e eficiente.

Tema 4 - Tosse crônica e tuberculose

Sandra Aparecida Ribeiro

O caso Jéferson nos permite refletir sobre causas de tosse, um sintoma muito frequente encontrado na clínica do dia a dia, que neste caso pode estar relacionado ao uso do crack, mas também pode estar associado à tuberculose. É papel das Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF) realizar busca ativa para tuberculose em todo sintomático respiratório.

Jéferson é um paciente com risco biopsicossocial, proveniente de uma família em situação de maior vulnerabilidade, como muitas famílias atendidas pela ESF. Os profissionais de saúde devem ser acolhedores e são preciosa fonte de apoio ao sistema familiar. A equipe da ESF deve trabalhar de forma coordenada, valorizando-se a autonomia de cada um dos membros da equipe, lembrando que um depende do outro para que se possa dar continuidade ao atendimento, principalmente de casos complexos.

O genograma familiar identifica diversos pontos de vulnerabilidade. O caso mostra conflitos nos encaminhamentos e pontos de discordância que dificultam ações de promoção, prevenção e linhas terapêuticas. Da mesma forma, o ecomapa traçado para o caso em questão identifica que as ligações de Jéferson com o meio onde vive são desfavoráveis: alguns bares, ausência de escola e atividades de lazer, crescimento do tráfico e da criminalidade, baixa

condição de higiene, ausência de organização comunitária e maior dificuldade de acesso à UBS pela mudança de local.

Em 2010, a incidência de casos novos de tuberculose foi de 38/100.000 habitantes no Brasil, 40,5/100.000 habitantes no estado de São Paulo e 53,2/100.000 habitantes no município de São Paulo, podendo ser maior em grupos mais vulneráveis, como usuários de droga, moradores de rua, presidiários, alguns grupos de imigrantes com más condições de vida, portadores do vírus HIV etc. Cerca da metade desses casos é de indivíduos bacilíferos – aqueles que transmitem a tuberculose.

As equipes da ESF devem estar preparadas para acolher casos de maior vulnerabilidade, tentando oferecer atendimento imediato quando surge demanda espontânea ou de urgência, e lembrando que a ESF não faz só promoção e prevenção, mas também trata. Nesse caso, a equipe deve se esforçar para tentar desfazer a imagem da falta de acolhimento quando Jéferson foi encaminhado ao pronto-socorro porque se cortou com lata.

O conhecimento de um dos agentes comunitários de saúde quanto às intervenções de redução de danos deve ser valorizado e incorporado ao projeto terapêutico pela equipe, de forma que cada profissional possa contribuir e compartilhar suas experiências, com trocas de visões e ferramentas de manejo dos casos: um verdadeiro trabalho em equipe.

Nesse espaço, a clínica médica, a clínica da enfermagem, da odontologia e dos agentes comunitários se entrecruzam com vistas à melhoria da situação biopsicossocial e à construção de um projeto terapêutico singular, com priorização de problemas, exposição das principais dificuldades da equipe em relação aos problemas, profissionais que deverão participar do projeto terapêutico, reavaliações etc.

O trabalho deve ser efetuado **em conjunto** com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), porém não se deve isentar de responsabilidade, passando-a para terceiros, sob pena de perda do vínculo.