Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

Módulo de Casos Complexos
Caso 3

Ilha das Flores

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

Caso 3
Ilha das Flores

Módulo de Casos Complexos

Presidenta da República
Dilma Vana Rousseff

Vice-Presidente
Michel Miguel Elias Temer Lulia

Ministro da Educação
Fernando Haddad

Ministro da Saúde
Alexandre Padilha

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES)
Secretário: Milton Arruda

Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES)
Diretor: Sigisfredo Luís Brenelli

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)
Secretário: Giovanni Guido Cerri

Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS)
Presidente: Maria do Carmo Cabral Carpintéro

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)
Diretora: Mirta Roses Periago

Rede Universidade Aberta do Sus (UnA-SUS)
Secretário Executivo: Francisco Eduardo de Campos
Coordenador: Vinícius de Araujo Oliveira

Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC)
Presidente: Gustavo Diniz Ferreira Gusso

Fundação de Apoio à Universidade Federal de São Paulo (FapUNIFESP)
Diretor Presidente: Durval Rosa Borges

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Reitor: Walter Manna Albertoni
Vice-Reitor: Ricardo Luiz Smith
Pró-Reitora de Extensão: Eleonora Menicucci de Oliveira

Coordenação Geral do Projeto UnA-SUS (UNIFESP)
Eleonora Menicucci de Oliveira

Coordenação Adjunta/Executiva
Alberto Cebukin

Coordenação Pedagógica
Laís Helena Domingues Ramos
Daniel Almeida Gonçalves
Rita Maria Lino Tarcia

Coordenação de Educação a Distância
Monica Parente Ramos
Gisele Grinevicius Garbe

Coordenação de Tecnologia
Daniel Lico dos Anjos Afonso

Produção
Adriana Mitsue Matsuda
Antonio Aleixo da Silva
Eduardo Eiji Ono
Felipe Vieira Pacheco
Marcelo da Silva Franco
Reinaldo Gimenez
Silvana Solange Ferreira Xavier Gimenez
Silvia Carvalho de Almeida
Tiago Paes de Lira
Valéria Gomes Bastos

Edição, Distribuição e Informações
Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão
Rua Pedro de Toledo, 650, 2° andar - Vila Clementino - CEP 04039-032 - SP
http://www.unasus.unifesp.br

Copyright 2010 - 2011
Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de São Paulo.
Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

Ministério da Saúde

Governo Federal
BRASIL
País rico é país sem pobreza

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

Sumário

Ilha das Flores 3

Caso 3 - Ilha das Flores 6

Contextualização 18

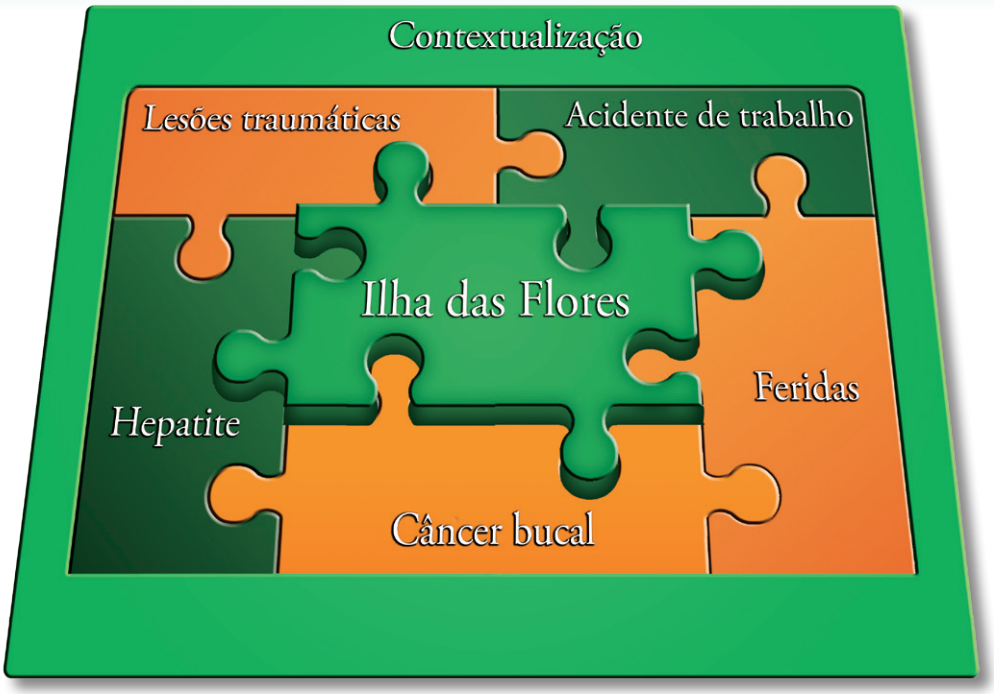
Tema 1 - Lesões Traumáticas na Atenção Primária à Saúde 24

Tema 2 - Acidente de trabalho 27

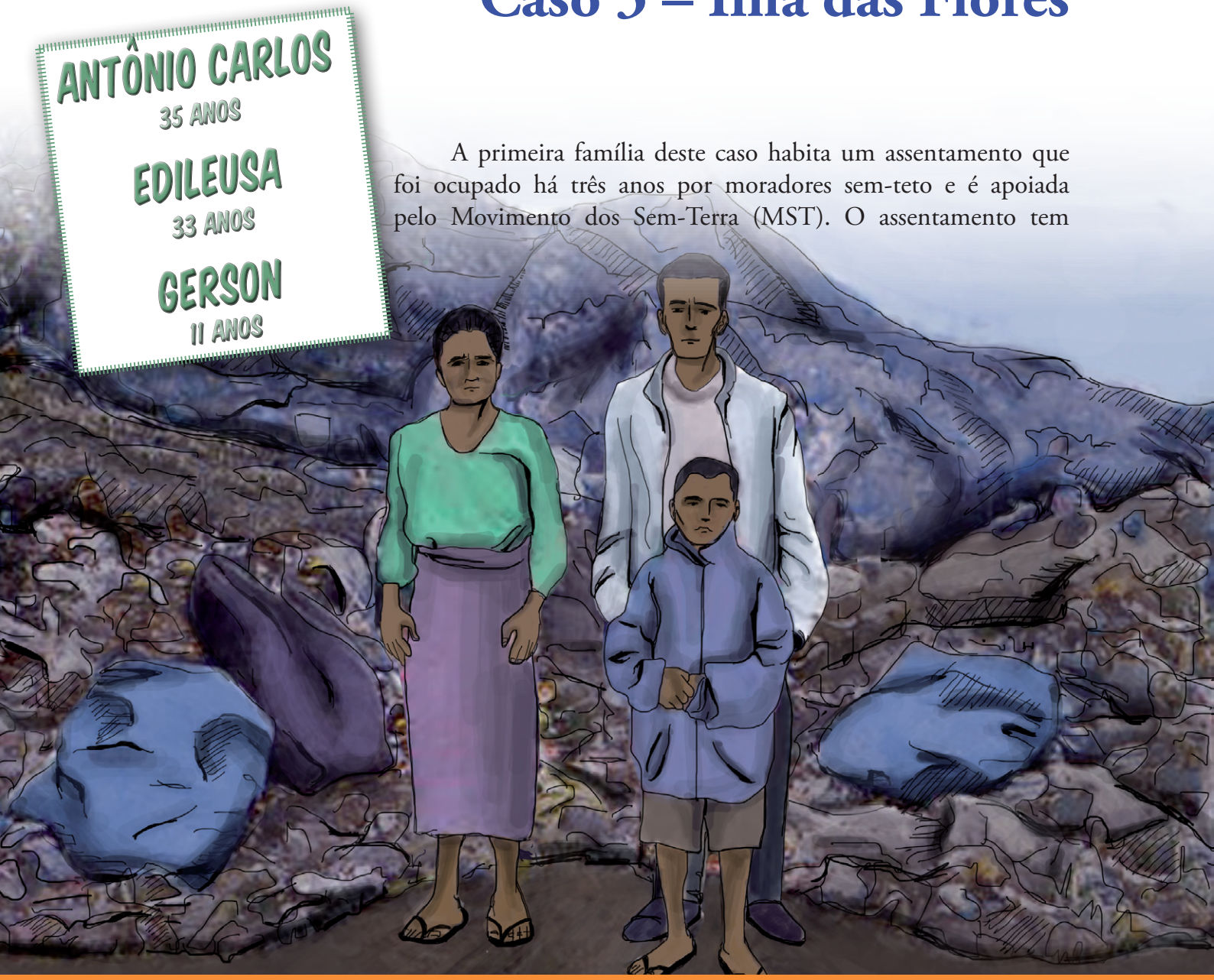
Tema 3 - Hepatite 29

Tema 4 - Câncer bucal 33

Tema 5 - Feridas 38



Caso 3 – Ilha das Flores



A primeira família deste caso habita um assentamento que foi ocupado há três anos por moradores sem-teto e é apoiada pelo Movimento dos Sem-Terra (MST). O assentamento tem

hoje cerca de 150 moradores, sendo que a maioria trabalha no lixão. As funções ocupadas dependem do estudo recebido e vão desde fiscal de coleta, coletores até selecionadores de lixo. A família é composta por Antônio Carlos e sua esposa Edileusa, que são catadores de lixo no lixão, e seu filho Gerson, de 11 anos, que ajuda seus pais na venda de detritos para usinas de reciclagem. Ele frequenta a escola pública da região, mas está atrasado, pois teve de cursar duas vezes a 1ª série do Ensino Fundamental por ter faltado as aulas para ajudar sua família na coleta de lixo e venda de resíduos.

A segunda família é formada por quatro pessoas. Josélia é casada com Reinaldo há cinco anos. Eles têm uma filha, Stefane, e com eles mora Eliete, filha do primeiro casamento de Josélia.

REINALDO
45 ANOS

JOSÉLIA
38 ANOS

STEFANE
5 ANOS

ELIETE
19 ANOS

Valéria, agente comunitária da saúde da UBS Ilha das Flores, foi encarregada de visitar o assentamento onde a família de Antonio Carlos reside para conhecer o território e discutir com os moradores suas necessidades em saúde, bem como preencher os mapas necessários para determinar os riscos da população. Ao conversar com Edileusa, esta lhe contou que Gerson não se alimentava direito e estava vomitando há dois dias, depois de ter passado três horas seguidas no lixão. Continuou o relato dizendo que Gerson, quando não estava sob sua vigilância no lixão, procurava detritos de alimentos, como tomates, frutas e cascas de abacaxi, para comer.

As equipes de saúde da família da UBS Ilha das Flores realizam diariamente reunião de uma hora, no início do dia. Participam dessa reunião todos os membros da equipe, e são discutidos os casos que os agentes comunitários de saúde (ACS) trazem da visita que realizaram no dia anterior, assim como os casos visitados pelo médico, pelo enfermeiro, pelos auxiliares de enfermagem e pela equipe de saúde bucal, conforme a agenda de cada um.

Com relação à visita do ACS, os dados trazidos para discussão compõem o relatório de visita. Esse relatório é composto de quatro fichas: a primeira (cadastral) contém o endereço da família, nome de todas as pessoas que moram na casa e vários dados, como data do nascimento de cada componente, sexo, idade, escolaridade, ocupação e doença ou condição referida; a segunda ficha aborda as condições de moradia e saneamento e outras informações, como se têm ou não um plano de saúde, qual o meio de comunicação, o meio de transporte e se participam de grupos comunitários; a terceira ficha trata do relatório da situação-controle, que merece maior cuidado da equipe de saúde e, em geral, está vinculado aos programas de saúde que são considerados prioritários e dignos de intervenção e prevenção, como hipertensão, diabetes, pré-natal, puericultura etc.; a quarta e última ficha é o relatório descritivo da visita e as pendências que deverão ser trabalhadas em futuras visitas ou por outros profissionais da equipe. As fichas e o relatório de visita são instrumentos usados por todos os ACS dessa cidade.

Em reunião de equipe, a ACS Valéria contou o caso da família de Josélia, que havia visitado no dia anterior:

– Ontem eu passei na casa da Josélia. Lembram dessa família? — pergunta Valéria em tom de cobrança, como que exigindo a lembrança.

O médico da equipe, Marcelo, não consegue esconder que não se lembra. Mas a enfermeira Elza logo lembra que é a paciente do curativo...

– Nem completei um ano nesta equipe... Como vou me lembrar de todo mundo? São tantos — diz Marcelo.

– Lembro, sim — diz a enfermeira Elza. — A paciente que tem uma ferida na perna há anos e sempre falta no dia de fazer curativo, não é?

– Sim, é ela mesma, Elza? — responde Valéria. — Ela ganha por dia. Então, a menininha deles, a Stefane, está com a vacina atrasada. Eu falei pra Eliete, a filha mais velha da Josélia, que ela precisa cuidar melhor da irmã. E a Dona Josélia continua com aquela dor que não melhora no ombro, além da ferida na perna direita. Ah, e o Sr. Reinaldo começou a catar papelão e latinha. Convidei ele para o grupo de catadores. O que a senhora vai fazer com eles? – pergunta para Elza.

Valéria mostra as fichas e o relato escrito:

Anotação do relatório de visita:

29/10

Converso com Eliete, que conta que todos estão bem, mas Josélia voltou a ter dores nas juntas dos braços, e o remédio que o doutor passou não está mais servindo. A ferida na perna piorou, agora com saída de um líquido amarelo. Ela passou na última consulta de curativo com a enfermeira há 3 meses e tem retorno com o doutor marcado para o dia 06/11 – oriento não faltar. Josélia e Eliete estão com o Papanicolau em dia. Reinaldo começou a pegar materiais de reciclagem para vender e está guardando no quintal. Convido-o para o grupo de catadores da unidade e oriento sobre cuidados com a dengue. Stefane fez 5 anos e ainda não tomou a vacina dessa idade – oriento procurar o posto.

Valéria.

Pendências:

a) dores nas juntas dos braços;

b) ferida na perna que piorou;

c) grupo de catadores;

d) vacina atrasada.

Consulta de Josélia em 06/11

– Bom dia, Josélia — diz Marcelo, ao ver entrar Josélia e seu acompanhante mancando e com a filha menor, Stefane.

– Bom dia, Dr. Marcelo — responde Josélia.

– E o senhor acho que é o esposo da Josélia, né? — pergunta Marcelo.

– Sou eu mesmo, doutor — confirma Reinaldo.

– Veio acompanhar a esposa, né? Como eu posso ajudar vocês? — questiona Marcelo.

Antes que os dois respondam, o médico olha para eles, pensativo, e diz:

– É, eu tenho bastante gente marcada hoje, então não sei se consigo ver vocês dois. E se eu vir seu marido hoje e a gente remarca sua consulta para outro dia, Josélia?

– Pode ser, doutor — responde Josélia. — Mas é que eu também estou com muita dor no ombro e não está melhorando com o remédio que o senhor deu, além dessa ferida na perna que nunca sara... É a bursite e as varizes, como o senhor disse. E depois eu preciso trabalhar nos outros dias...

– Como podemos resolver esta situação? — pergunta Marcelo.

(Alguns segundos de silêncio...)

– Vou fazer uma proposta — diz Marcelo. — Me mostra sua carteirinha de controle da pressão e vou medir quanto ela está hoje. Então acerto o remédio da pressão e um para dor e peço para a enfermeira Elza avaliar sua ferida, daí passo lá e também avalio. Daí solicito para marcar seu retorno na próxima vaga de encaixe que tiver. E assim posso ver seu marido, que parece ter uma certa urgência. Pode ser?

– Pode ser — responde Josélia com o tom um pouco descontente, mas concordando.

O médico vê a carteira de controle de pressão da Josélia e mede sua pressão. Mantém a medicação anti-hipertensiva e acrescenta um remédio para a dor no ombro. Envia para a sala de curativo e solicita marcar retorno na próxima vaga de encaixe.

– Como posso ajudar você, Reinaldo? — indaga Marcelo.

– Doutor, eu não queria vir. Não é nada, foi minha mulher que me trouxe, pois tá doendo muito. Eu tava trabalhando catando papelão numa área do córrego aqui perto, onde junta bastante coisa, e daí escorreguei e alguma coisa me furou. Depois o meu tornozelo ficou uma bola e tá doendo. Mas eu só vim porque fiquei com medo de ser doença do rato. Doutor, eu quero aproveitar e mostrar esses machucados na minha boca, eles ficam ressecados, "racham" e nunca fecham, isso é grave? É perigoso? Dentro da boca também tem uma ferida, doutor. Vê pra mim?

– Por que você ficou com medo? — pergunta Marcelo.

– É que um amigo meu teve essa doença do xixi do rato e quase morreu, e ele trabalhava que nem eu, e acho que foi meio parecido. E esses machucados na boca doem, me incomodam e acho que pode ser doença ruim, sabe aquela que mata... câncer? Tem outros que não me incomodam, mas acho que não pode ser coisa boa... — comenta Reinaldo.

– Vamos por partes, Reinaldo. — afirma Marcelo, iniciando uma série de perguntas:

– Você teve febre?

– Por dentro — responde Reinaldo.

– Está com dor nas pernas?

– Não, só esse tornozelo...

– Onde fez o furo está vermelho?

– Tá.

– Já tomou vacina para hepatite e tétano?

— Tomei não, que eu me lembre. E isso protege da doença do rato? — pergunta Reinaldo.

– Não. Protege de outras doenças que também são importantes — responde Marcelo. — Este acidente está te atrapalhando?

– Tá, porque não consegui trabalhar esses dias. Acho que amanhã eu consigo. Se não trabalhar, não ganho; e eu comecei nesse negócio agora — comenta Reinaldo.

– Vamos examinar sua boca e lábios. Essas feridas existem há quanto tempo? Elas mudaram de tamanho, cor, forma? Você lembra? Você trabalha exposto ao sol, não é? Usa boné ou chapéu

e algum tipo de filtro solar? E dentro da boca, o que você sente? Você é fumante? Faz uso de bebida alcoólica? — pergunta o médico.

– Hum, doutor, elas estão há um tempo, acho que seis meses ou mais, algumas doem e outras não! As da parte de fora, lábios, né? As da parte de cima e canto secam, racham e doem... Parece que essa do lábio inferior aumentou e escureceu, e ela não dói não! Essa está aí há mais tempo, eu acho... — diz Reinaldo. E acrescenta:

– Dentro da boca eu não senti nada nunca, mas percebi esse "machucado" outro dia que parei para olhar a boca no espelho... Doutor, isso é perigoso? Coisa ruim... — pergunta, preocupado, e continua:

– Eu fico o tempo todo no sol, catando latinhas, né? Uso boné, sim, mas esse tal de filtro nem sei o que é — comenta, rindo. E diz:

– Eu fumo desde os 14 anos, hoje tenho 45 anos... Faz tempo, né? Sei que não é bom para os pulmões, para saúde, dá tosse, falta de ar... Penso em parar, mas é difícil, né? –diz, preocupado.

– Eu hoje fumo bem menos por dia... A carteira de cigarros dura bastante... E bebo umas pinguinhas e cervejinhas, sim, de final de semana sempre e no final do dia, depende... Tem que ter uns trocados, né? – e ri meio envergonhado. – Mas não abuso senão a patroa fica brava...

O médico realiza um exame físico pontual. Está preocupado, pois já está quase dando o tempo da consulta de quinze minutos. Precisa examinar rápido.

Ao exame, na inspeção, observa-se edema em região maleolar lateral, sem hematoma. Ao exame, com movimentos passivos de eversão, inversão e flexão plantar do pé, não se observam alterações de mobilidade, com discreta dor à inversão e dorsiflexão. Na região posterior da perna direita, observa-se pequena lesão puntiforme, com crosta, apresentando edema, rubor e calor local. Observa-se também lesão de continuidade nos lábios inferiores e na mucosa oral à direita.

- Pressão arterial: 120 x 80 mmHg
- Fc: 100 bpm
- Temperatura: 38ºC

E o médico conclui:

– Reinaldo, pelo que você me contou e com o exame que fiz do seu pé, não parece doença do rato, a leptospirose, mas precisamos cuidar bem desse machucado, pois está com uma infecção chamada erisipela. Você precisa tomar umas vacinas, pois no lixo tem muitas coisas que podem causar outras doenças,

além da doença do xixi do rato. Tem hepatite B, hepatite C e tétano, além de outras bactérias que podem dar infecção na pele. Também precisamos solicitar alguns exames que mostram se você já teve ou não hepatite. No hospital, no seu caso, eles saem bem rápido.

– Eu nunca tive hepatite! — exclama Reinaldo.

– Mas às vezes ela não se mostra e tem como a gente tratar antes de ela se mostrar — explica Marcelo e acrescenta: — Quem trabalha na sua profissão tem que se vacinar para hepatite B e agora, com esse acidente, precisamos ficar bem atentos para hepatite B e C. Precisamos também avaliar infecção por HIV, pois não sabemos se no lixo havia algum material do tipo sangue, secreção, mas é bem mais raro, pois o vírus do HIV morre fácil fora do corpo humano.

– E isso pega do furo? — questiona Reinaldo.

– Pega do furo e do contato próximo do lixo — responde o médico. E continua:

– Pode pegar também hepatite B e C na relação sexual ou contato com sangue e secreções e passa da mãe para o bebê durante a gravidez ou amamentação. Por isso, é importante vocês usarem camisinha. A camisinha é proteção para várias doenças sexualmente transmissíveis. E teremos que fazer uma parte dos exames agora no hospital e outros aqui no posto mesmo, daqui a 3 e 6 meses, para ter certeza de que está tudo certo. Também vai precisar tomar essas medicações para infecção da pele. Se a área vermelha da pele aumentar ou aparecer bolha ou pus, procure a unidade das 8h às 12h, na demanda espontânea, que é o atendimento sem marcar hora. Essas feridas nos lábios possivelmente são devido ao sol. Quanto ao machucado na bochecha, pode ser por trauma, mas como o senhor é fumante há muitos anos e bebe, temos que avaliar melhor.

– Vamos encaminhar para avaliação da dentista e, se necessário, vamos fazer um encaminhamento para avaliação de um dentista especialista nessas feridas da boca – conclui Marcelo, e completa:

– Este papel é para marcar retorno, e este para procurar o hospital. Precisa ir hoje ainda. Reinaldo, no grupo de catadores aqui do posto tem explicação disso tudo e outras coisas importantes. A Valéria já chamou você, né?

– Já, doutor, mas é difícil ter tempo. Vou ver — responde Reinaldo.

E o doutor continua com as recomendações:

– Sobre o tornozelo dolorido, pode caminhar, mas nestes dois primeiros dias é bom deixar a perna para cima, evitar andar muito, fazer bolsa de gelo a cada duas horas, com duração de 20 minutos em cima do inchaço. Pode usar um saco plástico com gelo e cobrir com uma toalha o saco para fazer uma bolsa de gelo. Durante o dia, pode enfaixar também. Vou enfaixar para vocês verem como é para fazer em casa. À noite, dorme sem faixa.

– Mas, doutor, preciso trabalhar já! — protesta Reinaldo.

– Eu sei, mas a gente podia combinar de cuidar bastante nesses dois dias de você para depois não ter problemas e precisar parar de novo de trabalhar, pois pode piorar se andar muito. O que acha? — sugere Marcelo.

– Se é assim... — Reinaldo fez uma cara que deixou certa dúvida sobre se seguiria ou não o conselho do médico.

– Até o retorno! — diz Marcelo.

– Até! — responde Reinaldo.

Enquanto isso, na sala de curativo:

A enfermeira Elza teve que arrumar todos os materiais para curativo, pois não é dia de curativo e a sala ia ser usada para dar vacina. Mas como percebeu a boa oportunidade de avaliar a ferida da Sra. Josélia, resolveu mandar a auxiliar Virgínia organizar tudo. Esse processo demorou uns 20 minutos e deixou Josélia impaciente. Quando estava saindo da UBS, a auxiliar a chamou:

– Vocês pensam que eu tenho o dia todo? Tenho que trabalhar para comprar a mistura para meus filhos... — reclama Josélia.

– Calma, Dona Josélia, estamos nos esforçando, mas tivemos que arrumar a sala para poder fazer seu curativo. Queremos te ajudar a ficar livre dessa ferida. Você não quer ficar boa? — pergunta a auxiliar Virgínia.

– Desculpa — diz Josélia. — Claro que quero ficar boa... Mas vocês sempre só colocam soro na ferida, enfaixam e pedem para eu ficar com a perna para cima. Assim não vai melhorar nunca. O doutor já falou que varizes nunca melhora... — acrescenta Josélia em tom desolador.

Após a retirada das faixas, chega a enfermeira Elza, que encontra uma lesão ulcerada com cinco centímetros de diâmetro, em face lateral de perna esquerda, perimaleolar. A lesão tem bordos bem delimitados, porém é irregular, com intensa hiperemia à volta, associada a edema de membro inferior. Apresenta fundo com acúmulo de fibrina. A paciente nega dor na lesão, no entanto conta que começou a sair um líquido amarelado, sujando os curativos que ela mesma faz em casa. Às vezes tem que trocar o curativo duas vezes por dia.

– Dona Josélia, isso está péssimo! — critica Elza. — Como você deixou piorar assim? Na última vez a ferida estava linda! Vermelhinha no fundo, com dois centímetros. – pergunta, indignada.

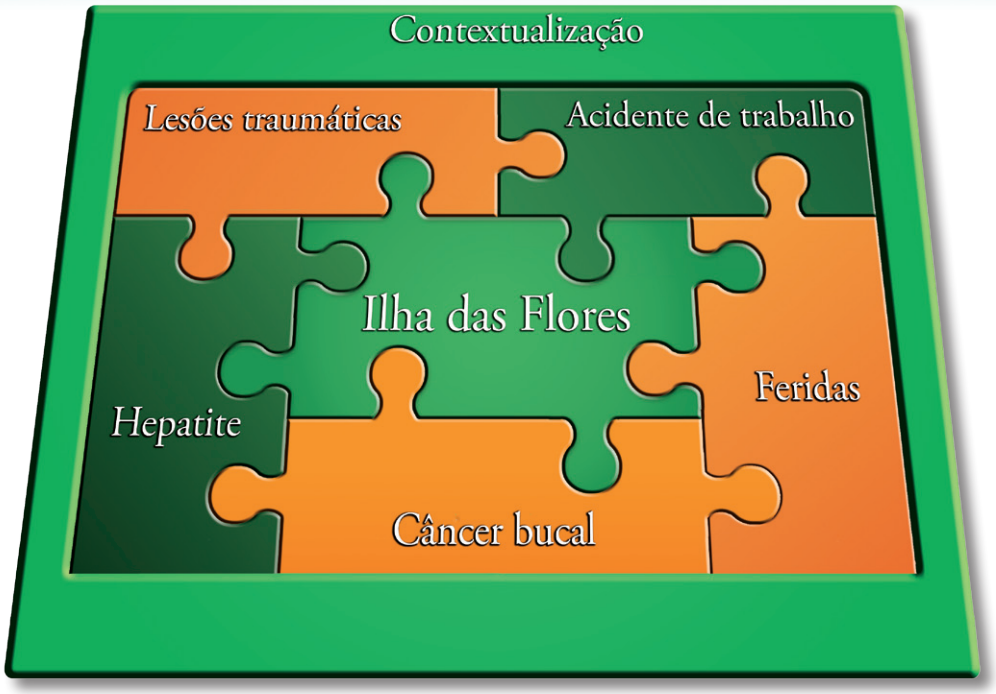
– Porque não é na sua perna, doutora! – responde Josélia, também indignada. — Tenho que trabalhar, daí não pude mais cuidar. A meia que a doutora passou é muito cara e a minha rasgou. Além disso, não tenho mais material para curativo — diz em tom de defesa.

Neste momento, chega Marcelo, que diz:

– Nossa, parece que está com infecção. Vou te passar um antibiótico e você deve obedecer à enfermeira, viu, Josélia?

– Vou marcar mais dias de curativo, e começar a ir também até sua casa para te apoiar, tá bom? — tranquiliza Elza. — Vou também falar com a enfermeira da prefeitura para ver se tem alguma placa para colocar na ferida. Ouvi falar que tem um material bom na prefeitura agora.

Após a auxiliar fazer o curativo, a paciente se despede, prometendo cuidar melhor da ferida.



Contextualização

Marcelo Marcos Piva Demarzo, Lucilia de Fatima Auricchio e Julie Silvia Martins

Introdução

No presente texto, abordaremos o caso numa perspectiva geral, organizando-o didaticamente nas seguintes dimensões:

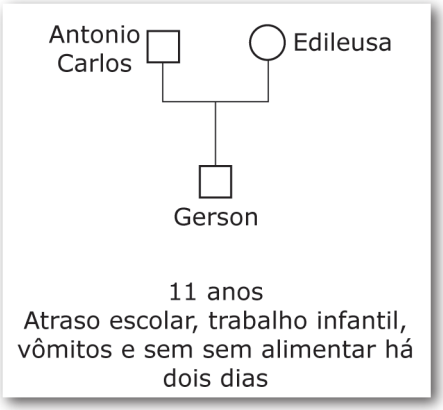
1. do **cuidado**: individual, familiar e coletivo/comunitário, envolvendo aspectos clínicos e de educação em saúde; e
2. da **gestão**: clínica e do processo de trabalho em equipe interdisciplinar, envolvendo também a questão da educação permanente.

Utilizaremos também sumariamente algumas ferramentas já discutidas em outras unidades deste curso, principalmente o genograma, a lista de problemas/necessidades de saúde, a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) e o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).

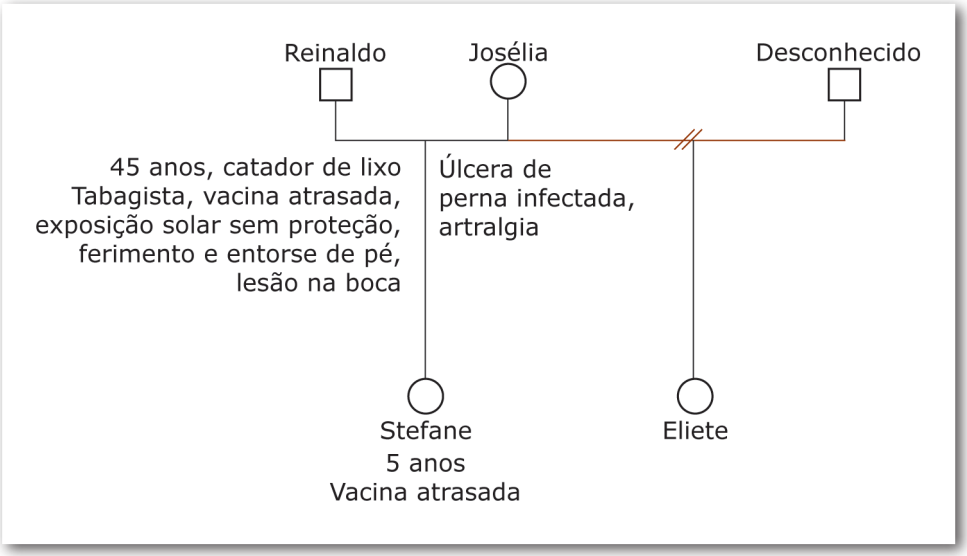
De antemão, queremos deixar claro que o ponto de vista aqui proposto é um recorte dentre outros possíveis, cabendo a você discuti-lo e aprimorá-lo, com base em outros referenciais teóricos e da prática diária.

Genograma

Para termos uma visão inicial mais sistêmica e integral do caso apresentado, podemos construir os genogramas básicos para as duas famílias que compõem a UBS Ilha das Flores, que servirão de suporte para as discussões adiante:



Genograma da Família 01 (Antonio Carlos, Edileusa e Gerson)



Genograma da Família 02 (Reinaldo, Josélia, Eliete e Stefane):

Problemas, necessidades e planos individuais

Centraremos a discussão do cuidado individual nos casos de Gerson (Família 01), Reinaldo, Josélia e Stefane (Família 02).

Gerson

As informações sobre Gerson são limitadas, mas podemos identificar inicialmente os seguintes problemas e necessidades de saúde, com a respectiva tentativa de classificação de acordo com a CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária):

- quadro digestivo e nutricional agudo – CIAP (D10 – Vômito; T03 – Perda de apetite);
- atraso escolar – CIAP (Z07 – Problema relacionado com educação; P24 – Dificuldades específicas de aprendizagem);
- trabalho infantil – CIAP (Z08 – Problema relacionado com sistema de segurança social).

Pelas condições de vida de Gerson e sua família, podemos pensar num quadro sindrômico de enteropatia ambiental com risco para hepatite (como você pode ver no tema "Hepatite" deste caso). Gerson deveria ser encaminhado para atendimento médico (encaixe "eventual", não programado), oportunizando o posterior seguimento longitudinal, individual e familiar, pela Equipe de Saúde da Família (ESF), incluindo a abordagem da situação de risco social, além de aspectos mais globais de saúde do pré-adolescente.

Reinaldo

Com as informações disponíveis sobre o Sr. Reinaldo, podemos identificar inicialmente os seguintes problemas e necessidades de saúde, com a respectiva tentativa de classificação segundo a CIAP:

- quadro agudo de ferimento e trauma no pé – CIAP (A80 – Lesão traumática, acidente NE; L77 – Entorses e distensões do tornozelo; A28 – Limitação funcional, incapacidade NE; S11 – Infecção pós-traumática da pele);
- lesão crônica em lábios e boca – CIAP (S29 – Sinais/sintomas da pele, outros; D83 – Doença da boca/língua/lábios);
- medo de leptospirose e câncer de boca – CIAP (A26 e A27 – Medo de câncer NE e Medo de outra doença);
- vacinação atrasada – CIAP (A98 – Medicina preventiva/manutenção da saúde; -44 – Vacinação/medicina preventiva);
- tabagismo – CIAP (P17 – Abuso de tabaco; A23 – Fator de risco NE);
- risco ocupacional (catador de lixo) – CIAP (A23 – Fator de risco NE; Z01 – Pobreza/problemas econômicos; Z05 – Problemas com condições de trabalho).

O caso traz informações mais completas sobre a situação do Sr. Reinaldo, incluindo uma longa passagem de sua consulta clínica. Pôde-se observar que a conduta médica foi oportuna e centrada na demanda do paciente, na medida em que respondeu às necessidades apresentadas. No ponto de vista dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), a ESF serviu como porta de entrada com acesso contextualizado, propondo também uma abordagem integral e coordenada longitudinalmente.

Vale lembrar que o Ministério da Saúde tem incentivado o acesso oportuno dos homens aos serviços de saúde, principalmente na APS. As causas externas são um dos principais motivos de morbidade nessa população, como trata o presente caso, servindo como oportunidade para um cuidado mais integral do Sr. Reinaldo.

Saiba Mais...

Veja mais em: "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem", disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_saude_homem.pdf

Em relação ao MCCP, podemos identificar que houve uma tentativa de abertura de espaço para que Reinado expusesse seus sentimentos, ideias e expectativas em relação aos problemas apresentados ("experiência da doença ou problema"), por meio de utilização de perguntas mais abertas, como: "Como posso ajudar você, Reinaldo?" ou "Por que você ficou com medo?".

Por outro lado, também pudemos identificar alguns problemas, por exemplo, quando Marcelo faz múltiplas questões e propõe várias condutas ao caso, deixando de ser "realista" quanto às possibilidades de aderência do Sr. Reinaldo, principalmente no que diz respeito às suas condições sociais e laborais, por exemplo, nas frases: "Vamos examinar sua boca?" e "Faz uso de bebida alcoólica?".

Josélia

Com as informações disponíveis sobre a Sra. Josélia, podemos identificar inicialmente os seguintes problemas e necessidades de saúde, com a respectiva tentativa de classificação segundo o CIAP:

- dor crônica em articulações – CIAP (L08 – Sintomas dos ombros; L09 – Sinais/sintomas dos braços; L20 – Sinais/sintomas das articulações NE; L87 – Bursite/tendinite/sinovite NE);
- ferida crônica na perna – CIAP (S97 – Úlcera crônica da pele; K95 – Veias varicosas da perna; S76 – Outras infecções da pele).

Apesar de o caso trazer informações menos detalhadas sobre a Sra. Josélia, pois houve priorização do caso do Sr. Reinaldo, pode-se identificar uma potencial situação de fragilidade na relação do Dr. Marcelo com Josélia, caso esta não tenha sentido seus problemas ou necessidades integralmente atendidos na situação, afetando um importante componente do MCCP: o fortalecimento da relação profissional-pessoa.

Algumas ações poderiam ter prevenido tal situação, por exemplo, ter também atendido a Sra. Josélia em seguida ao Sr. Reinaldo, ou ter ocorrido um atendimento conjunto com a enfermagem voltado ao problema da dor nos ombros, além da questão da úlcera na perna. Seria importante ter elaborado um plano de cuidados para a continuidade do vínculo, agendando um retorno ou uma visita domiciliar o mais breve possível.

Sobre as abordagens e condutas específicas sobre os problemas e necessidades de saúde apresentados pela Sra. Josélia, leia o tema "Feridas". Quanto ao quadro de "bursite" (inflamação ou degeneração de estruturas saculares que protegem os tecidos moles das proeminências ósseas adjacentes, neste caso, bursite subacromial), leia o tema "Lesões traumáticas". Lembre-se que o uso de anti-inflamatórios deve ser limitado por se tratar de paciente hipertensa.

Stefane

Com as informações disponíveis sobre Stefane, podemos identificar inicialmente os seguintes problemas e necessidades de saúde, com a respectiva tentativa de classificação segundo o CIAP:

- vacinação atrasada – CIAP (A98 – Medicina preventiva/manutenção da saúde; -44 – Vacinação/medicina preventiva).

Houve poucas informações sobre o estado de saúde de Stefane, exceto sobre o atraso vacinal, mas pode-se inferir que outros aspectos de seu crescimento e desenvolvimento também devam estar inadequados. Uma possível ação seria ter oportunizado a ida de Stefane junto aos pais na unidade para atualizar o calendário vacinal, aproveitando para negociar um seguimento continuado de puericultura.

Problemas, necessidades e planos de cuidados familiares

A partir do caso e dos genogramas construídos anteriormente, podemos identificar que ambas as famílias apresentadas são disfuncionais quanto às suas dinâmicas (pobreza, risco social, morbidades etc.), além dos problemas e dificuldades inerentes ao ciclo vital da família ("famílias de classe popular com filhos pequenos"). A equipe poderia nesse caso discutir um "projeto terapêutico singular", buscando também fortalecer a rede de apoio social dessas famílias.

Problemas, necessidades e planos de cuidados coletivos e comunitários

O caso traz a informação de que a equipe de saúde já possui uma importante ação de cunho coletivo, o "grupo de catadores", que atende a uma necessidade de saúde daquela comunidade. Outras ações (coletivas e/ou intersetoriais de promoção da saúde) poderiam nascer da análise dos dados e informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que é superficialmente apresentado no caso por meio das fichas utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os relatórios que o SIAB emite permitem conhecer a realidade sociossanitária da população acompanhada, além de avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos – e readequá-los, para melhorar sua qualidade.

Gestão da clínica em equipe

Uma questão evidente que surge do caso é o impasse da necessidade de equilibrar "consulta programada" X "tempo de consulta" X "fator surpresa" (consulta programada e demanda eventual/espontânea no meio). Não existe apenas uma resposta para essa pergunta, e o mais

importante é a própria equipe discutir e chegar a consensos sobre como organizar a agenda e as atividades para atender às necessidades daquela comunidade. Uma maneira harmoniosa de conviver com essas "surpresas" é incorporar a flexibilidade com o tempo, aprimorar as técnicas de abordagem ambulatorial e utilizar os princípios do MCCP. É fundamental valorizar outras formas de atenção às pessoas, como o trabalho com grupos e lideranças comunitárias, e o incentivo à qualificação clínica da equipe de saúde.

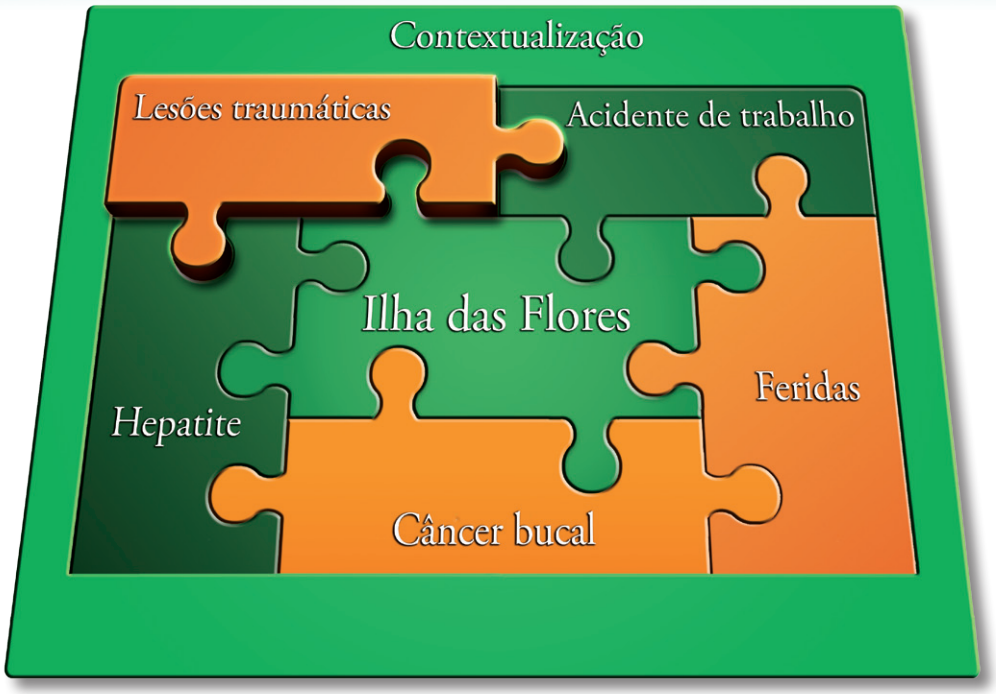
Gestão do trabalho em equipe

Na descrição do caso, observa-se um momento de tensão, quando a agente de saúde questiona o médico sobre a família que havia visitado. Como trabalhar aspectos da comunicação entre os componentes da equipe constitui-se também numa questão fundamental. Problemas como falta de tempo, sobrecarga de trabalho (como podem ser lidos no tema "Acidente de trabalho") tornam-se importantes e tendem a ser deixados de lado. Recomendações:

- reavaliar o processo de trabalho em equipe, favorecendo uma comunicação efetiva, tendo por referência a abertura, o respeito e o compartilhamento de informações, sempre percebendo o outro e encorajando a participação de todos;
- construir regras de funcionamento em conjunto. Definir claramente as metas e objetivos da equipe. Todos devem ter conhecimento do objetivo do trabalho, para que o esforço seja feito na mesma direção;
- estabelecer os papéis. Se os integrantes da equipe não sabem qual a função ou papel a desempenhar, dificilmente vão poder atingir o objetivo comum;
- aprender a lidar com o conflito. Em um grupo, é inevitável que haja choque de opiniões, personalidades e estilos;
- avaliar e monitorar. A avaliação do trabalho e dos resultados é fundamental para que cada integrante saiba como está o seu desempenho, e como pode melhorar.

Conclusão

No caso intitulado "Ilha das Flores", tivemos uma situação exemplar da **complexidade** da atuação profissional de equipes de APS em áreas de grande vulnerabilidade. Foi possível observar, apesar dos problemas apontados, que houve preocupação da equipe com o acesso das pessoas e a resolutividade na atenção, intencionando uma atitude interdisciplinar de integralidade e coordenação do cuidado.



Tema 1 - Lesões traumáticas na Atenção Primária à Saúde

Satomi Mori

O caso das duas famílias em questão traz à tona uma discussão importante: o atendimento de urgência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O "acolhimento", ou "demanda", ou "eventual", entre outras denominações, é de vital importância para o bom funcionamento do processo de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde. É visto pela população (que tem os sintomas agudos ou necessidades "urgentes") como a principal vitrine da UBS, e a equipe, que se vê perante um trabalho não programado, tem que estar organizada para seu enfrentamento.

Tendo em vista os princípios da Atenção Primária, em especial a **Acessibilidade/Primeiro Contato**, uma UBS deve estar preparada para lidar com a demanda espontânea da população. No que se refere às demandas espontâneas por trauma, as limitações de uma unidade são grandes, em especial em traumas que requerem maior tecnologia para ser abordados (exames de imagem, laboratoriais, avaliação especializada). No entanto, a equipe deve estar preparada para dar o primeiro atendimento e acionar serviços de emergência médica, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). No caso apresentado, temos dois exemplos

dessa situação: Gerson e Reinaldo. Vamos nos aprofundar no caso de Reinado, no qual duas situações se destacam:

1. Lesão perfuro-cortante no pé

Há grande risco de doenças infecto-contagiosas. Do ponto de vista cirúrgico, existe também o risco de infecção bacteriana – que aumenta em portadores de doenças imunodepressoras, desnutridos, alcoolistas e tabagistas. Cuidados locais, como lavar bastante com água e sabonete e manter curativo limpo, são fundamentais. Ao menor sinal de infecção (calor, rubor, edema e dor progressiva), deve-se entrar com antibioticoterapia para gram positivo durante sete dias. Deve-se associar lavagem local com solução degermante de PVPI ou Clorexidina, ou cobertura à base de prata ou hidrogel. A situação vacinal para tétano também deve ser checada.

2. Infecção de pele

Marcelo dá o diagnóstico de erisipela. Podemos pensar também na celulite como diagnóstico diferencial. Como diferenciar e qual o tratamento nesse caso?

Bem, a erisipela e a celulite são bastante semelhantes quanto à origem. Quando abrimos um ferimento na pele, há exposição dos tecidos aos germes do meio externo. As infecções mais comuns são aquelas que ocorrem por bactérias que vivem naturalmente na nossa pele e se aproveitam para invadir o organismo. Se não tratadas adequadamente, essas bactérias invasoras podem migrar para outras regiões do corpo como a corrente sanguínea e órgãos internos. A grande diferença entre a erisipela e a celulite é o local onde a bactéria se aloja e causa a infecção. Na erisipela, a infecção se dá nas camadas mais próximas do exterior, acometendo a epiderme e a camada mais superficial da derme. Já a celulite é uma infecção mais profunda, infectando o tecido gorduroso na hipoderme e a camada profunda da derme. No quadro clínico, ambas as lesões são muito semelhantes e, às vezes, difíceis de ser distinguidas.

Tanto a erisipela quanto a celulite se apresentam clinicamente como uma infecção da pele, ou seja, com rubor (vermelhidão), calor local, intensa dor e edema (inchaço) no local acometido.

Como a erisipela é uma infecção mais superficial que a celulite, algumas características ajudam no diagnóstico diferencial. Na erisipela, a lesão costuma apresentar um discreto relevo e suas bordas são muito nítidas. Ao se examinar a pele, é fácil saber onde começa e onde termina a infecção. A delimitação entre pele doente e pele sã é clara.

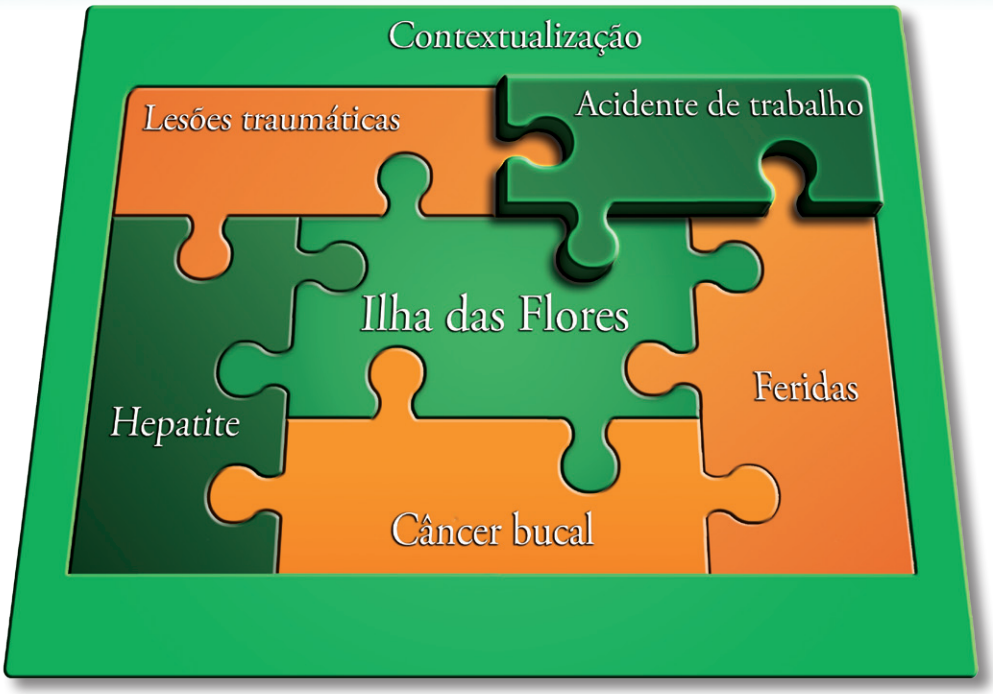
A celulite, como acomete tecidos mais profundos, não apresenta sinais tão claros na pele. A lesão costuma ser mais difusa e nem sempre é possível saber exatamente onde começa e onde termina a infecção. Na erisipela, os sintomas sistêmicos como febre, suores e calafrios costumam aparecer precocemente, assim que surgem os primeiros sinais de infecção na pele. Na celulite, o quadro costuma ser mais arrastado, primeiro aparecendo a lesão e só depois de alguns dias é que surge a febre. Outros sintomas da infecção podem ser perda do apetite, náuseas, vômitos, mal-estar, inapetência e dores de cabeça. A erisipela costuma ocorrer mais em crianças e idosos, enquanto a celulite é mais comum em adultos acima dos 50 anos. Os membros inferiores são os locais mais acometidos tanto na erisipela quanto na celulite.

Nos quadros mais graves, a infecção torna-se mais difusa, e a distinção entre as duas doenças torna-se mais difícil. Alguns sinais de gravidade incluem a formação de bolhas, úlceras e necrose da

pele. Quadros graves podem evoluir para osteomielite. Outra complicação é a endocardite. Se não tratadas, a celulite e a erisipela podem evoluir para sepse com elevado risco de morte para o paciente.

3. Entorse de tornozelo

O caso do Reinaldo é uma entorse grau 1 (estiramento leve). No entanto, o maior desafio é conscientizá-lo da necessidade momentânea de repouso (ao menos três dias). Além disso, imobilização local, gelo e *anti-inflamatórios não esteroides* (*AINE)* ou analgésico devem ser prescritos para alívio sintomático e prevenção de cronificação da inflamação.



Tema 2 -Acidente de trabalho

Esther Andrade

A família apresentada no caso é composta de quatro elementos, sendo uma criança, uma jovem e um casal, ambos trabalhadores do mercado informal. O casal compareceu à UBS para que a esposa passasse por consulta previamente agendada, porém o que mais a afligia naquele momento eram as condições de saúde do marido, vítima recente de acidente enquanto realizava o trabalho de recolhimento de materiais recicláveis (papelão e latinhas), o que na ocasião o estava impedindo de trabalhar.

Após negociação com a esposa e a realização de um atendimento sumário em virtude da necessidade de atender dois pacientes em horário agendado para um, a abordagem médica teve como foco a avaliação da condição aguda decorrente de um trauma do tornozelo e um ferimento puntiforme na perna direita.

Chama atenção o fato de que o que mais preocupava Reinaldo era a possibilidade de ter contraído a leptospirose, e não a condição de seu tornozelo, particularmente porque um dos catadores havia morrido por causa dessa doença.

Durante o atendimento foram abordados, de forma rápida e superficial, os riscos para a saúde decorrentes do contato com material potencialmente contaminado por fluidos biológicos, porém sem ser explicado de forma objetiva como o contato com esse material poderia resultar

em danos para a saúde dos catadores e sugerir quais medidas de prevenção deveriam ser adotadas no seu cotidiano de trabalho.

Embora com pouco tempo para realizar a consulta, esta seria uma ótima oportunidade para a equipe de saúde discutir ou reforçar as medidas de proteção que deveriam ser adotadas por Reinaldo na execução das suas atividades de trabalho, bem como os riscos que o acúmulo de material no quintal da casa poderia trazer para sua família, especialmente no que diz respeito à leptospirose e à dengue.

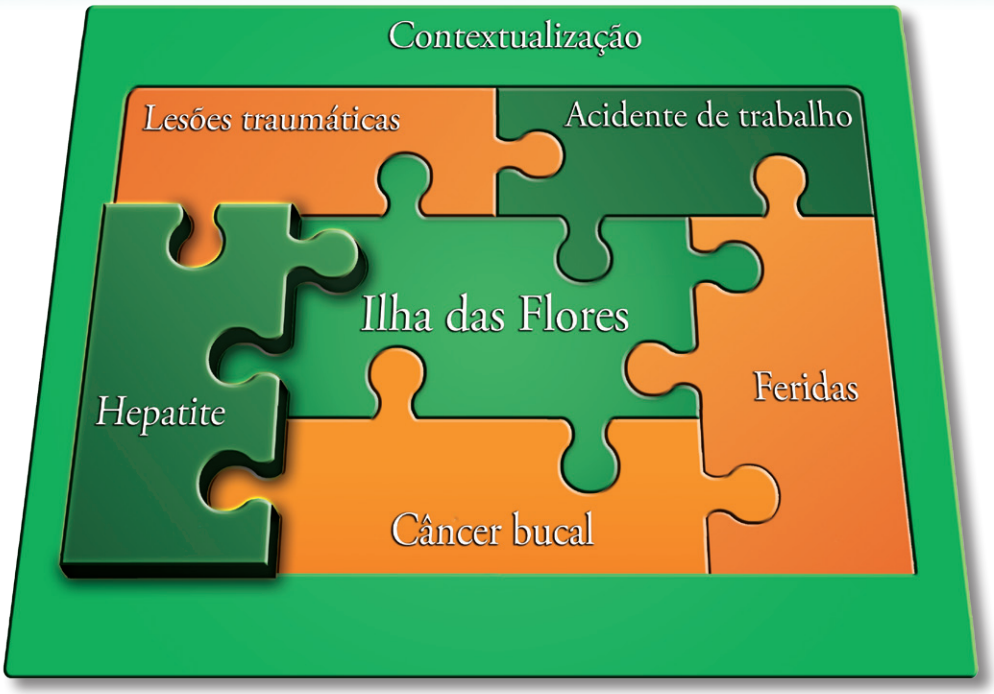
Durante a consulta, o casal expressou sua angústia frente à impossibilidade de trabalharem e o impacto sobre a renda da família: ela necessitando comparecer à unidade mais vezes e ele em função do repouso para se recuperar do trauma no tornozelo.

No que diz respeito às atividades laborais da esposa, as condições e atividades realizadas no trabalho que poderiam causar ou dificultar a melhora nas dores de ombro relatadas pela usuária não foram abordadas.

Apesar de chamar a atenção para a necessidade de imunização do trabalhador contra a hepatite, nada foi dito a respeito do tétano, e o usuário não foi encaminhado imediatamente para a sala de vacinas. Dessa forma, uma boa oportunidade para realizar a vacinação do trabalhador pode ter sido perdida.

A abertura de espaço para a realização de encontros com os usuários que trabalham coletando material reciclável se constitui em uma grande oportunidade para a vigilância à saúde desses indivíduos, fornecendo informação sobre os riscos existentes nesse tipo de trabalho e as medidas de proteção que podem e devem ser adotadas, além de contribuir para o desenvolvimento e a organização do grupo.

No que diz respeito particularmente à interface trabalho-saúde, a abordagem fragmentada e descontínua observada no atendimento do casal é sugestiva de que as ações de saúde do trabalhador não estão incluídas formalmente na agenda da rede básica de Atenção à Saúde.



Tema 3 - Hepatite

Soraia Tahan

O cenário que temos é de duas famílias que residem em bolsão de miséria e que trabalham como catadoras de lixo para sobrevivência. São famílias que estão em situação de vulnerabilidade extrema. O trabalho no lixo tem íntima relação com exclusão social e agravos à saúde.

A avaliação da primeira família, composta por Antonio Carlos, Edileusa e o filho Gerson de 11 anos – que também ajuda no trabalho de catador de lixo –, aponta para questões intimamente implicadas: **pobreza, doença, trabalho infantil e fracasso escolar**. Em populações em situação de pobreza e exclusão social, as crianças compõem o grupo mais suscetível a todos os agravos.

Gerson é vítima do que podemos chamar de negligência social. Mesmo sabendo que a situação de negligência não é intencional por parte da família, e sim consequência da situação de extrema exclusão social da qual toda a família é vítima, a equipe de saúde deve estar preparada para atuar no sentido de proteção à criança, realizando encaminhamentos pertinentes. Encaminhamentos estes no sentido de contribuir na vida de Gerson, minimizando as consequências danosas da pobreza no crescimento físico e intelectual do pré-adolescente. É fundamental que a equipe de saúde da UBS Ilha das Flores conheça toda a rede social do entorno do bairro, a fim de facilitar os encaminhamentos. Nessa situação, encaminhamentos para o Conselho Tutelar e para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) devem

ter o objetivo de facilitar a inclusão de Gerson e de sua família em programas sociais do município. Famílias como a de Gerson podem se beneficiar com programas redistributivos de renda, como o Programa Bolsa-Família. Outra ação importante que poderia ser realizada nesse caso seria a inclusão de Gerson no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, que visa garantir a assiduidade escolar mediante a distribuição de uma verba mensal para a família. Programas de distribuição de alimentos associados a Banco de Alimentos poderiam contribuir em melhorar a alimentação de Gerson, pois conforme história colhida pela Agente Comunitária Valéria, ele também se alimenta dos restos de comida do lixo, muito provavelmente porque sofre privação de uma alimentação adequada em casa. Essa situação reflete o que denominamos de insegurança alimentar. Outra ação que pode beneficiar Gerson é sua inclusão em programas de lazer e esporte, complementares ao horário das aulas, pois certamente essas práticas trazem importantes benefícios na constituição física, intelectual e social para crianças em situações de risco.

Crianças que vivem em condições socioambientais muito desfavoráveis como a de Gerson podem apresentar agravos de saúde, como desnutrição, parasitose intestinal, anemia, enteropatia ambiental e hepatite. A enteropatia ambiental é uma síndrome que acomete crianças que residem em ambiente altamente contaminado, com ou sem manifestações clínicas. Crianças nessa situação, além de parasitas intestinais, contêm grande número de bactérias colônicas no intestino delgado. Estudos também demonstram que essas crianças apresentam também maior quantidade de bactérias patogênicas resistentes a antibióticos e menor quantidade de bactérias protetoras nas fezes, mostrando profundas alterações na sua microbiota intestinal. Todas essas alterações no sistema digestivo podem acarretar prejuízos na função absortiva intestinal, podendo manifestar-se clinicamente com diarreia crônica e desnutrição. Essas alterações intestinais são completamente reversíveis com a mudança de ambiente, apontando a nítida relação entre contaminação ambiental e doença.

A hepatite viral do tipo A também acomete mais comumente crianças que vivem em condições sanitárias precárias, uma vez que o vírus da hepatite A é de transmissão fecal-oral e pode ser transmitido por meio de água, alimentos contaminados e objetos inanimados, e mantém partículas estáveis por dias e até meses em água potável, água do mar, solo e esgoto contaminados. A grande maioria das crianças apresenta quadro oligossintomático, sem icterícia, podendo ser confundido com um resfriado comum. Em comunidades com condição sanitária precária, a maioria das crianças imuniza-se naturalmente, por meio de infecções com quadro inaparente ou inespecífico, logo nos primeiros anos de vida. Além da hepatite viral A, Gerson, que é trabalhador infantil do lixão, também é vulnerável a contrair as hepatites virais B e C, mediante acidentes perfuro-cortantes com material contaminado, considerando os descartes de materiais biológicos em lixo comum, bem como a falta de acesso a equipamentos de biossegurança nessa comunidade.

Conforme relato da mãe Edileusa à Agente Comunitária Valéria, Gerson não está comendo direito e apresenta vômitos há dois dias, sem relato de diarreia ou outros sintomas. A Sra. Edileusa associa esse quadro ao fato de ele comer restos de comida do lixão, quando não está sob sua supervisão. Gerson apresenta um quadro de dispepsia aguda, que pode ser decorrente da ingestão de alimentos contaminados. Na vigência de um quadro agudo como o apresentado

por Gerson, é fundamental uma avaliação médica, a fim de verificar o estado geral e o grau de hidratação, bem como sinais de patologias específicas, como a presença ou não de icterícia e outros sinais clínicos que podem ser sugestivos de hepatites, que podem aparecer alguns dias após o início do quadro de vômitos, portanto a evolução do quadro pela equipe da Estratégia Saúde da Família também é pertinente, considerando que os catadores de lixo estão também incluídos como grupo de risco para hepatites virais B e C.

A avaliação da carteira de vacinação de Gerson é essencial, a fim de averiguar a situação vacinal e especialmente no tocante à imunização completa para hepatite B, uma vez que desde 1991 a vacina contra hepatite B faz parte do calendário vacinal nacional, sendo as três doses aplicadas no primeiro ano de vida.

A avaliação da condição nutricional mediante realização de antropometria (peso e estatura) e a realização de hemograma e de protoparasitológico de fezes devem fazer parte da rotina de acompanhamento da equipe do ESF no caso de Gerson.

Na consulta de Josélia, da segunda família, a mesma traz o seu marido. Nota-se em primeira instância a sensibilidade do médico em perceber que Josélia trouxe também o marido, por ele não estar bem, entretanto nota-se também o estresse do médico em ter de escolher um dos dois para uma consulta mais completa, considerando que tem muitas consultas agendadas. É claro que o ideal é que ambos recebessem avaliação clínica completa, entretanto, na prática clínica do SUS, frequentemente nos deparamos com uma demanda muito grande, em que há necessidade de escolhas, a partir de prioridades. Marcelo consegue trabalhar com prioridades, uma vez que define priorizar a atenção a Reinaldo em função do seu quadro agudo (de urgência). E, embora não tenha conseguido realizar uma consulta completa do quadro crônico de Josélia, não deixa de prestar o atendimento, uma vez que realiza o acolhimento, explicando sua decisão e realizando condutas pontuais e encaminhamentos pertinentes, a fim de que ela possa ser avaliada em outro momento, também de forma completa.

A consulta de. Marcelo foi objetiva porém acolhedora, considerando a execução de perguntas abertas: "Como posso ajudar você, Reinaldo?", além da abordagem dos sentimentos do paciente: "Por que você ficou com medo?". A avaliação clínica de Marcelo é tecida de uma forma evolutiva e tranquila, englobando todas as queixas clínicas apresentadas por Reinaldo (feridas na boca e lábios e ferimento no pé), avaliação de fatores de risco e orientações/informações importantes. Na consulta, Marcelo aproveita para discutir as possibilidades de doenças associadas a acidentes com materiais perfuro-cortantes contaminados, questiona sobre imunização para hepatite B, salienta a importância da realização de exames para HIV e hepatites B e C, orientações sobre medidas de controle, como o uso de preservativos, bem como explica o fluxo de encaminhamento de exames para serviços de maior complexidade. A abordagem que Marcelo realiza sobre as hepatites B e C e HIV está de acordo com as recomendações do *Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais – Manual de Aconselhamento em Hepatites Virais* de 2005, do Ministério da Saúde. Segundo esse manual, a recomendação é que, durante a avaliação de risco, as medidas preventivas devem ser elaboradas conjuntamente e os componentes de orientação/informação e apoio emocional devem estar presentes. No momento da avaliação de risco, é importante reforçar as orientações e enfatizar informações sobre as formas de transmissão das hepatites, medidas de controle, levando em conta os riscos do usuário. Explicitar o fluxo de referência e contrarreferência, caso seja

necessário. O encaminhamento para serviço de maior complexidade para a realização de testes sorológicos ou biologia molecular está entre um dos pontos que devem ser lembrados, tendo sido realizado por Marcelo.

Outro ponto que deve ser discutido na abordagem de pacientes de risco para hepatites B e C é a identificação de barreiras para a mudança das situações de risco e contribuir para a elaboração de um plano viável de redução de riscos. Esse aspecto não foi abordado na consulta de Marcelo, entretanto, na reunião do grupo de catadores, poderia ser discutida a problematização da necessidade de medidas protetivas contra acidentes perfuro-cortantes na catação de lixo (equipamentos de biossegurança).

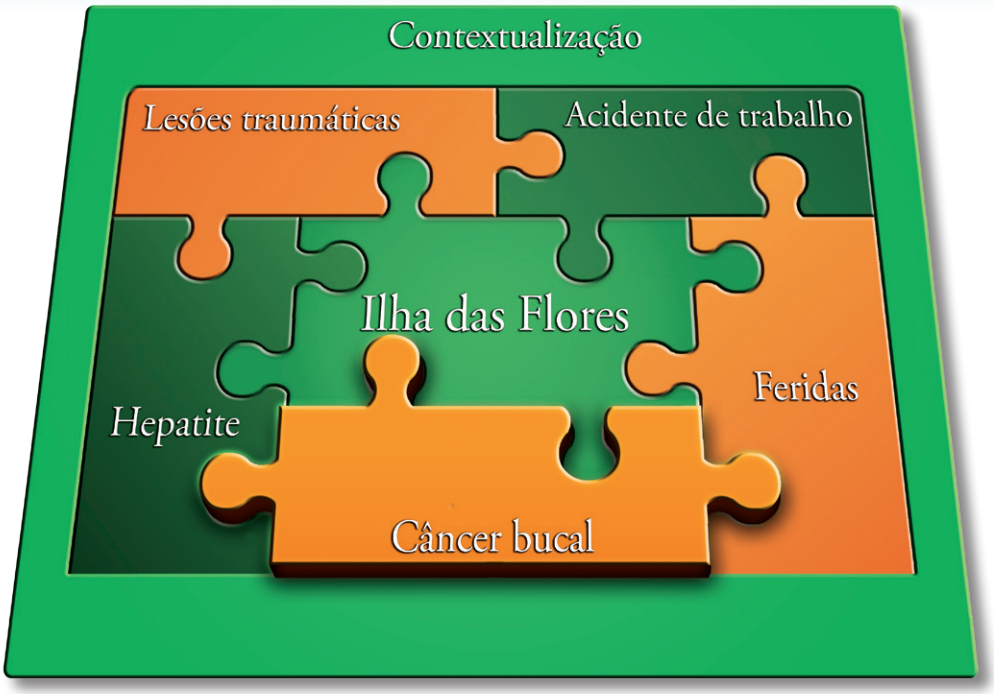
A equipe de saúde deve também aproveitar as reuniões do grupo de catadores para debater questões sociais pertinentes, contribuindo para a cidadania e ampliando possibilidades, mediante interfaces com outros segmentos e secretarias do município, como a Secretaria de Promoção Social e a Secretaria de Desenvolvimento, Trabalho e Inclusão.

Trabalho da equipe

Ainda no relato deste caso, é importante colocar a visível condição de estresse associado ao trabalho da equipe de saúde, que pode estar ocasionando desgaste no relacionamento interpessoal dos colegas da equipe. Se por um lado a Agente Comunitária de Saúde Valéria faz uma pergunta ao médico em tom de cobrança: "Lembram dessa família?", Marcelo responde defensivamente: "Nem completei um ano nesta equipe... Como vou me lembrar de todo mundo? São tantos...". Como já foi dito, nota-se também o estresse do médico em ter de escolher um dos dois pacientes para uma consulta completa, considerando sua agenda cheia, bem como no relato de que "o médico realiza um exame físico pontual. Está preocupado, pois já está quase dando o tempo da consulta de quinze minutos". Enfim, o médico se sente esmagado pela necessidade de atendimento rápido e eficaz de uma grande demanda com problemas biopsicossociais importantes.

O desgaste de ACS também é comum, considerando que são os receptores diários das angústias da comunidade assistida, o que gera grande ansiedade nesses profissionais na resolução dos casos. No relato do caso, a ACS Valéria demonstra essa ansiedade ao descrever a família da Josélia e perguntar para a enfermeira Elza: "O que a senhora vai fazer com eles?".

Além da reunião de equipe que tem o objetivo de discutir os casos do dia anterior, é fundamental que a equipe se reúna a fim de discutir suas angústias, o que poderia minimizar a pressão do trabalho e fortalecer os relacionamentos interpessoais. Existe uma síndrome denominada *Burnout*, que é uma síndrome de desgaste associado ao trabalho que afeta predominantemente profissionais envolvidos na prestação de serviços como profissionais de saúde e de educação. Dentre as diversas manifestações da síndrome de Burnout, temos: sentimentos negativos e atitudes de cinismo com as pessoas que trabalham, aumento de automatismo nas relações interpessoais, insatisfação com a profissão e esgotamento emocional, fadiga física e mental com falta de entusiasmo e sentimentos de impotência e inutilidade. A reflexão sobre o trabalho com outros colegas pode favorecer a evitar a ocorrência dessa síndrome.



Tema 4 - Câncer bucal

Maria Angela M. Mimura

No caso relatado, o paciente Reinaldo chegou à UBS com queixa de feridas na boca que não cicatrizam e os lábios que ficam rachados e ressecados. O paciente perguntou ao médico se era grave. O que você acha? O que o dentista que receber o Sr. Reinaldo deve fazer? Quais seriam as hipóteses diagnósticas? Como confirmar o diagnóstico? O dentista da UBS pode ajudar o paciente Reinaldo? Qual a conduta a ser seguida? Essas são algumas perguntas que devemos nos fazer diante de casos como esse, com a finalidade de chegar a um diagnóstico definitivo, o encaminhamento correto e o tratamento adequado.

Inicialmente, após receber o paciente para a consulta, o dentista deve fazer um exame clínico completo (composto de anamnese – coleta de sintomas e exame físico – coleta de sinais), anotar sempre todas as alterações sistêmicas do paciente, queixa principal, história da doença atual, história dental, história familiar, ambiente de trabalho e hábitos.

A queixa principal do Sr. Reinaldo é o aparecimento de feridas na boca e nos lábios; quanto à história da doença atual, devemos sempre perguntar:

Tempo de evolução da doença	Perguntar quando apareceu a lesão. No caso de nosso paciente, foram seis meses de evolução. Não se deve esquecer que os pacientes muitas vezes não conseguem lembrar-se corretamente de quanto tempo tem a lesão, já que em alguns casos elas podem ser totalmente assintomáticas.
Sintomatologia	Perguntar se o paciente sente dor, prurido, ardência (especificar o tipo e a constância de cada um deles: latejante, lancinante, aguda, crônica, em picos, espontânea ou estimulada, nem aparece). O nosso paciente não se queixa de dor das lesões intraorais e as lesões do lábio superior apresentam dor apenas quando este está rachado.
Procura por atendimento	Perguntar se o paciente já procurou atendimento ou tratamento prévio. Caso tenha procurado, como foi o atendimento? Foi feito algum tratamento? Prescreveram algum medicamento? Houve melhora ou piora no quadro? Nosso paciente aproveitou que estava passando em consulta por outro motivo para comentar a respeito da boca.
Fatores desencadeantes	Relaciona o aparecimento da lesão a algum fator?
Alteração de tamanho ou volume	Perguntar se houve crescimento, se há aumento e diminuição da lesão. O Sr. Reinaldo relata ter observado um aumento de tamanho durante os seis meses anteriores.

Após termos coletado os dados referentes à doença atual, coletamos aqueles sobre a história médica, a história familiar (alguém na família apresenta algum problema sistêmico mais grave? Alguém já teve ou tem câncer?), a história odontológica e os hábitos. As informações quanto aos hábitos, principalmente tabaco e álcool, são muito importantes no caso de nosso paciente.

É correto perguntar sobre os hábitos:

Tabaco	Faz uso de qual tipo de tabaco? Cigarro industrializado, cachimbo, charuto, cigarro de palha, fumo de mascar? Quantidade por dia? Há quantos anos faz uso? Parou há quanto tempo? Nosso paciente fuma há 31 anos e não se sabe bem ao certo a quantidade, uma média de 1 a 10 cigarros dia, mas no passado deve ter fumado uma maior quantidade.
Álcool	Faz uso de qual tipo de bebida? Destilado, fermentado? Quantidade por dia (usar doses)? Há quantos anos? Parou há quanto tempo? O nosso paciente faz uso frequente de bebida alcoólica, quase diariamente, pelo menos duas doses ao dia (nem todos os dias), misturando destilados e fermentados.
Drogas	Importante perguntar tipo de droga, injetável ou não. Relatar sempre período de uso. O nosso paciente não faz menção nenhuma com relação a esse tipo de hábito.
Exposição ao sol	Perguntar se a exposição é profissional ou recreativa, horas de exposição ao dia e se faz uso de proteção mecânica (chapéu) e química (protetor solar). O nosso paciente faz exposição solar diária intensa e somente usa o boné.
Uso de próteses dentárias	Perguntar tipo e tempo de uso. No caso de já ter havido troca das próteses, há quanto tempo tem a atual.

Realizada toda a anamnese, passamos ao exame físico, no qual faremos exame extra e intraoral. Durante o exame extraoral, observaremos se existe alguma alteração na face e no pescoço do paciente, faremos a palpação ganglionar (palpação de cadeias linfáticas submandibulares, mentonianas, pré e pós-auriculares, occiptais e cervicais). Não podemos nos esquecer de anotar qualquer alteração nas cadeias e de realizar a descrição das características do(s) linfonodo(s) alterado(s). Após a palpação das cadeias, realizaremos a palpação da Articular Têmpora-Mandibular. A palpação e o exame físico de lábios superiores e inferiores também devem ser realizados neste momento. Em relação ao Sr. Reinaldo, só temos informação de lesão no lábio inferior em continuidade com a lesão oral e o lábio superior com rachaduras.

O exame intraoral é realizado seguindo sempre uma rotina estabelecida por nós mesmos, de modo a não nos focarmos apenas na queixa principal. Toda a mucosa oral deve ser observada.

O quadro clínico que nos foi passado, em que o nosso paciente tem 45 anos, é fumante e etilista, apresenta duas lesões: uma intraoral na mucosa jugal assintomática, provavelmente de

coloração branca, já que o médico acreditou ter sido causada por trauma, apresentando-se em continuidade com a lesão no lábio inferior, que aumentou de tamanho e aparentemente tem mais de seis meses de evolução e também não apresenta sintomatologia dolorosa. Devemos nos perguntar:

- Quais hipóteses diagnósticas podemos aventar?
- Como faremos o diagnóstico? Quais exames devem ser realizados?
- O diagnóstico poderá ser realizado na UBS? Há a necessidade de encaminhamento para o Centro de Especialidades Odontológicas?
- Qual o tratamento indicado?

As hipóteses que podemos aventar são:

- lábios superiores: ressecamento dos lábios;
- lábios inferiores: queilite actínica X carcinoma epidermoide;
- mucosa jugal: leucoplasia X carcinoma epidermoide.

As hipóteses supracitadas são pertinentes devido ao quadro clínico sugerido e ao histórico de hábitos do paciente (tabaco, álcool e exposição a luz solar). Não esquecer que tanto a leucoplasia quanto a queilite actínica são consideradas lesões potencialmente malignas ou pré-malignas.

Diante dessas hipóteses, o correto é encaminhar o Sr. Reinaldo para o estomatologista do Centro de Especialidades Odontológicas (referência secundária), onde ele irá realizar biópsia incisional nas duas lesões (eventualmente em mais de um local da mesma lesão). Após receber o resultado anatomopatológico, o estomatologista deverá explicar ao paciente o diagnóstico e todas as implicações e, caso o diagnóstico seja de uma lesão maligna (carcinoma epidermoide – CEC), encaminhá-lo a uma referência terciária (corresponde ao hospital onde haja, além de cirurgia de cabeça e pescoço, serviços de radioterapia e quimioterapia). O estomatologista, ao conversar com o paciente sobre o diagnóstico de câncer bucal, deve sempre explicar da melhor maneira possível o que é o câncer e quais são as opções terapêuticas. O diagnóstico do câncer sempre deve ser passado ao paciente e, quanto à família, apenas quando o paciente quiser que ela saiba do resultado.

No caso do Sr. Reinaldo, que apresenta duas lesões, o tratamento muda conforme o diagnóstico de cada lesão:

1. Se as duas lesões forem malignas (lábio e mucosa jugal): encaminhamento à cirurgia de cabeça e pescoço, que conjuntamente com sua equipe multiprofissional avaliará se será necessária apenas cirurgia com ou sem esvaziamento cervical, ou se haverá necessidade de radioterapia conjuntamente;
2. Se a lesão no lábio for maligna (CEC) e a da mucosa jugal for leucoplasia. O paciente será encaminhado à cirurgia de cabeça e pescoço, em que será decidido se será realizada apenas a cirurgia com ou sem esvaziamento cervical. Quanto ao tratamento da leucoplasia, tudo vai depender do tamanho da lesão e da displasia epitelial encontrada no anatomopatológico. Caso haja apenas displasia leve a moderada, o paciente será acompanhado pelo estomatologista a cada 3-6 meses.

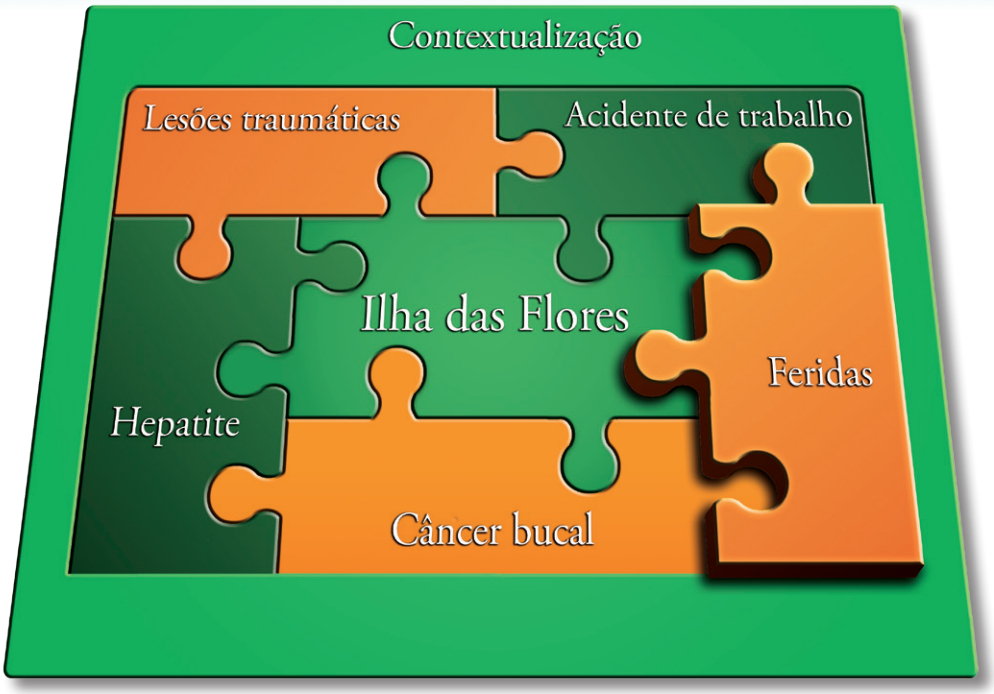
Caso haja displasia grave, o paciente será encaminhado à cirurgia de cabeça e pescoço para remoção completa da lesão.

3. Se as duas lesões não forem malignas. A lesão do lábio é queilite actínica e a da mucosa jugal é leucoplasia. Novamente avaliar o grau de displasia para adequar melhor a terapêutica a ser instituída. Caso a queilite actínica apresente apenas displasia leve, prescrever uso de protetor solar e hidratante labiais, além de acompanhamento com estomatologista a cada seis meses. Caso a displasia seja de moderada a grave, encaminhar ao cirurgião de cabeça e pescoço para realizar vermelhonectomia, já que o paciente ainda é jovem e trabalha em ambiente com exposição solar.

A responsabilidade do diagnóstico e tratamento do paciente com câncer bucal cabe tanto ao dentista clínico-geral da UBS quanto ao estomatologista e à equipe multiprofissional que o atende e acompanha. O tratamento do câncer bucal, seja por cirurgia para remoção de CEC ou radioterapia, é extremamente complicado, podendo causar grande mutilação do paciente e sequelas como xerostomia, cáries de radiação, mucosite, osteorradionecrose, entre outras. O papel do cirurgião-dentista é prevenir essas sequelas provendo um tratamento dentário prévio, durante e após a terapêutica, de modo a melhorar a qualidade de vida do paciente.

O processo diagnóstico das lesões de boca segue sempre a mesma sequência: exame clínico (anamnese + exame físico), hipóteses diagnósticas, exames complementares (imaginológicos, sorológicos, bioquímicos, biópsia e citologia esfoliativa) e diagnóstico final. Após o diagnóstico final, é importante saber o que nos é possível tratar e o que devemos encaminhar.

A fundamentação teórica apresenta muitas informações pertinentes às lesões citadas aqui. Gostaria de convidá-lo a reservar um tempo e lê-la.



Tema 5 - Feridas

Mônica Gamba e Regina Okamoto

A avaliação de enfermagem a esta família envolve aspectos relacionados ao trabalho transdisciplinar, no acolhimento e na integralidade do cuidado, passando necessariamente por um trabalho em equipe.

A enfermeira deve participar ativamente na gestão e na prestação do cuidado, criando uma interlocução entre equipe de enfermagem, ACS, médico e demais profissionais da área.

Os fatores de risco para as alterações da integridade cutâneo-mucosa nesta família são:

- Hábitos: tabagismo, alcoolismo, ortostatismo;
- Exposição solar prolongada e sem proteção;
- Saúde ambiental deletéria, ocasionando vulnerabilidade para traumas;
- Baixa autoestima associada à higiene oral, corporal e de vestimentas precárias;
- Resistência imunológica diminuída;
- Vasculopatia periférica;
- Condições socioeconômicas desfavoráveis.

Plano de cuidado (intervenções)

Os programas educacionais abrangentes e intensivos produzem resultados positivos e interferem na prevenção das complicações crônicas. A efetividade de um programa de educação, acolhimento e de um cuidado solidário e dialógico, como forma de empoderar o outro no sentido de torná-lo parceiro e pró-ativo desse processo, com essa abordagem à enfermeira, pode assegurar melhor adesão ao tratamento clínico. Ao orientar sobre os verdadeiros fatores de risco para câncer de pele, dor crônica, determinantes de desigualdade social, demonstrando acolhimento, empatia e fazendo com e pelo outro, poderá ajudá-los a compreender melhor os determinantes do processo saúde-doença-cuidado.

Os cuidados de enfermagem a esta família envolvem ações de vigilância à saúde, com uso de proteção individual, filtro solar, boné, higienização oral, corporal, com sabonetes que possam criar barreira cutânea contra traumas. Adaptação de sabonetes líquidos, glicerinados, óleos vegetais, visando prevenir incapacidades funcionais, já faz parte dos protocolos da saúde coletiva, sendo que podem ser obtidos nos Programas de Atenção Básica. O trabalho transdisciplinar permitirá à enfermagem e à equipe odontológica possibilitar higiene oral com o uso de clorexidene 2% aquoso diluído e água.

Deve-se também ter atenção aos seguintes cuidados e orientações:

- Orientar sobre calor ou gelo local nas áreas de algia decorrentes de processos inflamatórios crônicos, além de exercícios de alongamento e relaxamento;
- Garantir vacinação do esquema básico de toda a família;
- Alertar para a importância do lazer, gregária, exercícios físicos e integração social (SESC, SESI, CEU...);
- Planejamento da sala de curativos: executar com a auxiliar de enfermagem o preparo da sala, discutir o Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético e técnica de curativo.

É provável que Josélia tenha uma ferida venosa, no momento colonizada, que deve ser limpa com técnica segundo padrões do AAHCPR, ABESE, SOBENDE e SOBEST, explicando claramente para a usuária a causa da lesão, os fatores de risco em linguagem acessível e não técnica, demonstrando a importância inicial do controle bacteriano, para que em seguida possa ser selecionada uma cobertura que associe a compressão reduzida, controle do retorno venoso e otimização do processo cicatricial.

Procedimentos

Conheça os procedimentos:

- Usar normas de biossegurança. Lavagem das mãos, uso de luvas, desinfecção de macas, retirada do curativo com técnica asséptica;

- Lavar a lesão com soro fisiológico morno em jato com a utilização de seringa de 20 ml e agulha 40 x 12 ou com um furo no bico do frasco do soro;
- Avaliar tipo: de tecido (cor), exsudato (cor, volume e odor), tamanho da lesão (comprimento x largura x profundidade) e aplicar escala analógica para dor;
- Secar apenas ao redor da lesão;
- Hidratar a pele perilesional e a perna após assepsia da pele;
- Higienizar espaços interdigitais e área plantar;
- Retirar tecido esfacelado se a profissional tiver treinamento específico na área e se o pulso estiver palpável;
- Inicialmente aplicar cobertura com ação bactericida tópica, como carvão ativado e prata ou alginato de cálcio com prata. Protocolo SMS-SP;
- Aplicar curativos secundários, ou seja, gazes ou compressa algodoada;
- Enfaixar em sentido distal proximal com técnica específica, fixando a faixa;
- Orientar para a troca da cobertura secundária diariamente e o curativo primário a cada 48 ou 72 horas, de acordo com o volume de exsudato;
- Registrar sistematização da assistência de enfermagem segundo protocolo institucional; marcar retorno.

No entanto, a etiologia exata da ferida descrita não pode ser estabelecida com os dados fornecidos na descrição do caso. Faltam ainda alguns dados de anamnese, bem como alguns exames complementares que o médico e a equipe podem levantar, tais como:

- Tempo de evolução da lesão e evolução desde então, incluindo tratamento já instituído ou não;
- Detalhes sobre histórico da hipertensão da paciente e uso de medicação;
- Presença de outras comorbidades, como tabagismo, diabetes, histórico de trobolebite ou trombose venosa, cirurgias prévias (em especial de varizes).

Esses dados da história clínica podem ajudar na determinação etiológica da ferida, que pela localização pode-se tratar de úlcera venosa com componente arterial associado (úlcera mista) ou infecciosa (leishmaniose). Há sinais clínicos de infecção, como hiperemia, aumento da lesão e do exsudato. O edema é decorrente do aumento da pressão hidrostática intersticial e dificulta a cicatrização.

Para auxílio do diagnóstico etiológico correto da lesão são necessários, idealmente, os seguintes exames complementares:

1. Medida do Índice Tornozelo-Braquial (ITB). Se o ITB for menor que 0,8, a compressão elástica estará contraindicada;

2. Ultrassom com *eco-doppler* é o exame de escolha para avaliação do sistema venoso e planejamento do tratamento;
3. Colher cultura e antibiograma preferencialmente por biópsia incisional, pois a cultura qualitativa de superfície (*swab*), embora possa ser realizada, não é específica.

Para o tratamento, além das orientações descritas anteriormente no plano de cuidado de enfermagem, a antibioticoterapia empírica sistêmica poderá ser introduzida enquanto se aguarda o resultado da cultura, com antibiótico de largo espectro.

Os agentes infecciosos mais comuns em feridas crônicas de membros inferiores são o *S. aureus* e o *P. aeruginosa*. Poderão ser utilizados betalactâmicos, tetraciclinas, macrolídeos ou quinolonas.

Ênfase deve ser dada à necessidade de repouso e elevação do membro.

Após remissão do processo infeccioso, deve-se avaliar a possibilidade de fechamento da lesão com enxertia de pele; após o fechamento da lesão, a paciente deverá ser encaminhada ao cirurgião vascular para avaliar a possibilidade de tratamento cirúrgico de varizes.