

VILA SANTO ANTÔNIO

SUMÁRIO

Vila Santo Antônio	2
Contextualização	6
Abordagem da dependência química	9
Abordagem de pequenos ferimentos na Atenção Primária	13
Saúde bucal	20
Tosse crônica e tuberculose	22

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 quatro mil habitantes. 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 proprie-

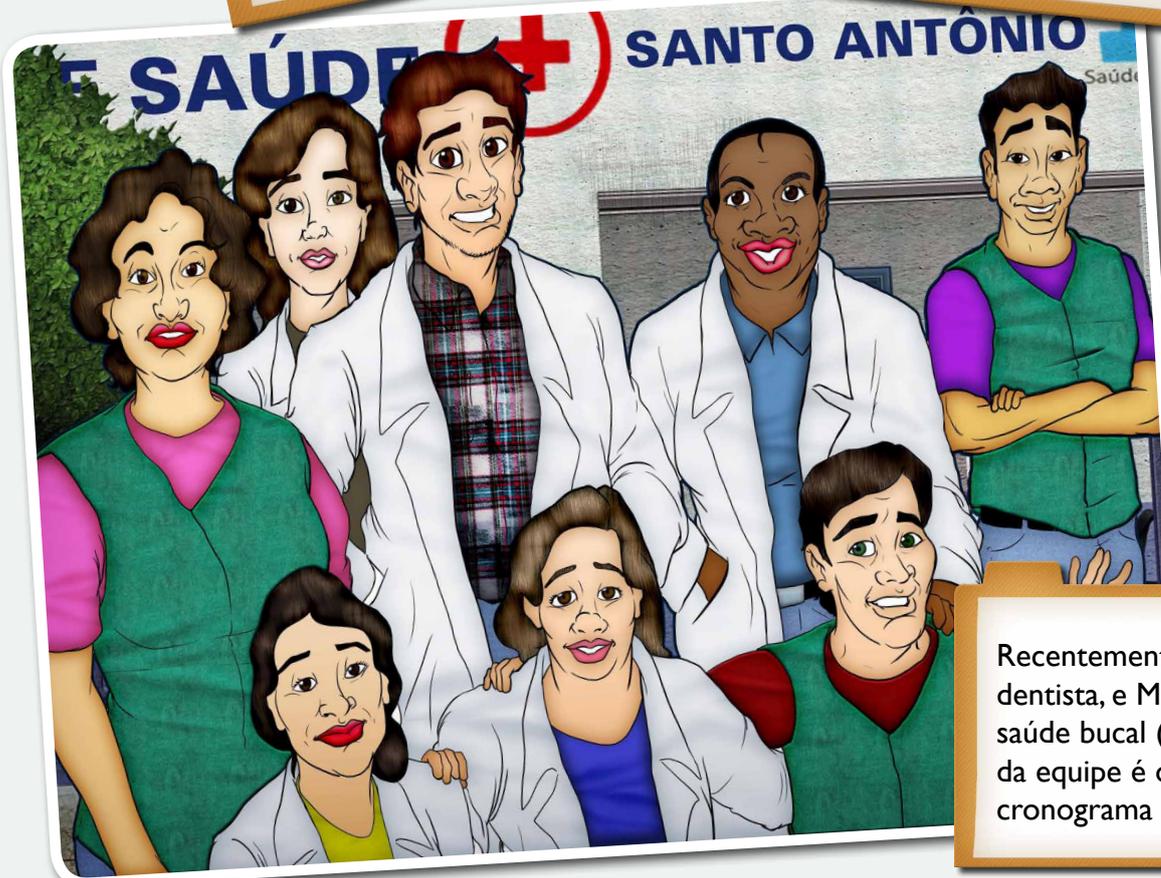
dades são em geral roças). Existe um pequeno comércio local (alguns bares e dois armazéns); não há escolas, apenas uma creche da prefeitura, e também não existe um lugar de lazer para os moradores.

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.



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 dona Cecília (47 anos), que trabalha como diarista. Jéferson tem roubado coisas de casa para comprar drogas. Seus dois irmãos foram assassinados devido ao tráfico, e o pai (54 anos) deixou a família quando Jéferson tinha nove anos.

Segundo o ACS Leandro, Jéferson faz uso de drogas desde os 14 anos, a exemplo do tio Carlos, irmão mais novo (35 anos) de dona Cecília.

Dona Cecília é muito sofrida, pela perda de seus dois filhos para a violência. Não admite mas segundo o ACS Leandro, ambos perdidos para o tráfico de drogas. Cecília é uma mulher batalhadora, estudou pouco, vem de uma família extensa, moradora da região desde sua fundação. Foi abandonada pelo pai aos 12 anos e a mãe, Dona Elvira (76 anos), sempre se virou para criar a filha e mais 6 irmãos. Hoje, apenas Dona Cecília e mais 3 irmãos estão vivos, todos, moradores de Cachoeira da Serra, porém, em diferentes regiões. A morte dos seus 2 irmãos não foram esclarecidas, mas segundo Dona Elvira, ficaram doentes do pulmão e morreram, todos deram ótimos trabalhadores, com exceção de Carlos, que desde os 15 anos se envolveu com as “pessoas erradas”, tendo sido preso por 2 vezes por furto e tráfico de drogas, o que levou o afastamento de seus demais filhos que atualmente, pouco a visitam.

Jéferson abandonou a escola aos 16 anos, caindo de vez no mundo das drogas. Dona Cecília conseguiu 2 internações para o filho, na Chácara Brilho do Sol, no Bairro Vitória, porém, em nenhuma delas, Jéferson aceitou o tratamento, fugindo todas as vezes para a casa da avó, que sempre o acolhia por pena do neto.

Cecília se apoia na igreja e também tenta retomar o movimento popular do bairro, que aparentemente tem apresentado dificuldades em sua organização.

A equipe relata que há três semanas, Jéferson chegara à unidade com queixa de dor abdominal, febre durante dois dias e urina escura. Dra. Joana na época, 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. O único caso de Hanseníase é de Dona Maria, idosa de 64 anos que mora com seu João Carlos 73 anos, nos fundos da casa das filhas. Dona Maria é acompanhada em consulta porém pouco assistida pela família, que carrega o estigma da condição da doença de modo pouco resiliente.

A enfermeira Ana Lígia levantou a questão, dizendo que Jéferson viera novamente 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. A equipe discutiu a possibilidade de acionar a família de Jéferson, mas o ACS Leandro refere que quase não consegue mais falar com dona Cecília que nos últimos tempos, tem trabalhado sem parar em casas do bairro Pedra Azul.

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 de equipes de saúde mental, e de como um Núcleo de Apoio à Saúde da Família fazia falta ali, 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 relacionados ao perfil populacional do território, e o E-SUS ainda estando em módulo individual e cadastro de famílias, poderia ser importante fonte. A equipe decidiu não pôr em discussão o que o ACS falou.

Ana Lígia apresentou as últimas informações epidemiológicas do território e comentou que chamou atenção o número de gestantes menores de 20 anos e o baixo número de hipertensos acompanhados (98 dos 272 cadastrados).

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. A equipe também considerou a estratégia de busca ativa de sintomático respiratório já que não havia nenhum caso suspeito notificado.

Logo após a reunião, chega Jéferson, apoiado por sua mãe, 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. Dona Cecília recebeu a notícia de um vizinho que viu Jéferson largado na rua, saiu apressadamente da casa onde estava fazendo faxina. Exige atendimento na hora.



ASPECTOS OPORTUNIZADOS A DISCUSSÃO

A organização do cuidado para usuário de álcool de drogas deve ter por base um modelo de mobilização comunitária e territorial, buscando resgatar vínculos e (re) construir com estas famílias e usuário, uma rede de apoio para estabeleça-se um projeto terapêutico compartilhado.

Outro importante aspecto é a prevalência e organização da equipe para detecção, acompanhamento e avaliação de pessoas e familiares (comunicantes) com Tuberculose. Será que não temos nenhum caso de TB em nossa população adscrita é uma situação comum ou esperada? Vamos estudar mais a respeito? Qual a prevalência de Tb esperada? E os casos no nosso município, como saber esta informação e compará-la com outras informações epidemiológicas para parâmetro?

Sobre as questões relacionadas a Tuberculose acesse nova publicação do Ministério da saúde, 2017 Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf>.

A que se questionar, mas o acolhimento via demanda espontânea ainda é nossa principal porta de entrada para casos como os de Jéferson. No caso de Jéferson que já sofreu com 2 internações por drogadição, a estratégia de intervenção não obteve sucesso. A ESF como modelo assistencial, deve atuar na perspectiva da desconstrução manicomial, o que vemos é que muitas vezes estes casos são apenas referenciados para internação ou media complexidade, é importante que o profissional esteja sensibilizado para compreender este processo e a necessidade de se continuar o acompanhamento do núcleo familiar, conhecendo sua organização como estrutura e funcionalidade (usar ferramentas), respeitando seus valores, seu tempo, suas crenças, desta forma, atuando de modo a não julgar o comportamento familiar mas sim, oferecer subsídios, fortalecer a família, aumentar sua resiliência, mostrar caminhos, identificar forças, potencialidades, para que esta família sinta-se fortalecida e tome a decisão mais assertiva.

O atendimento ao portador de Transtorno Mental considerando aqui a drogadição e o alcoolismo está sendo realizado de forma contínua, programada e com o devido acompanhamento? Há projetos estabelecidos com a equipe multiprofissional, com a família e mesmo com os serviços de referência, considerando a estratégia de matriciamento?

▶ CONTEXTUALIZAÇÃO

MARCELO MARCOS PIVA DEMARZO E JULIE SILVA MARTINS
REVISÃO DE DANIEL ALMEIDA GONÇALVES E ADRIANA MAREGA



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 a partir de dois aspectos fundamentais: **gestão** e **cuidado**.

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. Além 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.

O caso traz ainda um exemplo de uma situação bastante comum: a coexistência em um mesmo território de dois modelos distintos de Atenção Primária: tradicional (com médicos clínicos, pediatras e ginecologistas, entre outras particularidades) e a Saúde da Família. Existem municípios nos quais em uma mesma UBS há os dois modelos. Além de difícil entendimento para população, geralmente os profissionais de saúde têm vínculos trabalhistas distintos assim como piso salarial, o que faz destas situações potencialmente desastrosas tanto para comunidade como para os serviços de saúde. Uma das consequências é a que observamos neste caso, de enorme desproporção entre a capacidade de atendimento da equipe e a demanda. Neste sentido, é possível que os trabalhos da Equipe de Saúde da Família da UBS fique mais voltado à demanda espontânea que à programática segundo as prioridades da ESF. Mesmo assim a equipe descrita se dedica ao atendimento da população e dá acesso a casos de extrema vulnerabilidade como o caso do Jéferson. Vemos aqui mais um exemplo do papel fundamental que a Atenção Primária exerce no sistema de saúde, ao aproximar-se das pessoas e família e reconhecendo suas necessidades.

Para o enfrentamento de situações como esta, é necessário o exercício do controle social com a negociação junto ao Conselho Municipal de Saúde, com o apoio da comunidade local, a instalação de equipes da ESF 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. Fundamental também é a organização da relação entre os trabalhos das UBS e da Unidade de pronto atendimento – UAI. Observa-se aqui a relevância de uma atuação competente dos gestores locais.

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 incentivada e apoiada pela equipe. Opções de lazer, educação e geração de renda surtiriam efeito preventivo para problemas como o de Jéferson, sem contar que impactam positivamente na promoção da saúde. A Equipe de Saúde da Família pode atuar como fomentadora e articuladora dos movimentos populares a partir do fornecimento de informações e espaço para discussão de prioridades e necessidades locais.

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 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 atendimento à demanda espontânea e às urgências, como discutido acima, (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 Atenção Primária à Saúde). As equipes são porta de entrada dos usuários no sistema de saúde e também fazem parte do sistema estadual de urgência e emergência. Podemos ler 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, mas para tanto é fundamental uma relação razoável entre população cadastrada e equipe. Mesmo **4000 pessoas por equipe pode** ser excessivo.

CUIDADO

Para termos uma visão inicial mais sistêmica do caso apresentado, devemos ter um olhar ampliado sobre a situação do Jéferson.

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 para a equipe de saúde é a dependência por drogas e o risco de tuberculose; mas os outros problemas não devem ser negligenciados uma vez que são a prioridade de Jéferson e porque estão, de alguma forma, relacionados com a drogadição 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. O acesso ao tratamento de ferimentos agudos e 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 da 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;
- 3) Determinar como a droga afeta a saúde física e psicológica e as relações familiares e sociais de Jéferson.

Casos como o de Jéferson exigem um cuidado integrado com os diversos equipamentos comunitários e de saúde disponíveis, articulando vários profissionais. Desde uma articulação dos profissionais da própria equipe de saúde na família, lançando mão de todos os princípios da Atenção Primária, bem como de outros profissionais ou níveis do sistema. Cuidados colaborativos entre vários profissionais e seus conhecimento e habilidades têm sido descritos como uma alternativa válida e preciosa para enfrentamento de situações como esta. No nosso meio, os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) compõem apoio possível, seja para atendimento compartilhado de Jéferson ou mesmo para avaliação individual e articulação com profissionais especialistas na abordagem de dependência química, do CAPSAD por exemplo. Cada profissional da equipe assume um papel no apoio a Jéferson, na busca de objetivos pactuados entre a equipe e, idealmente, com a pessoa e família em questão. Aqui o trabalho em equipe ganha destaque, compondo o Projeto Terapêutico Singular, que será apresentado formalmente em unidades futuras neste curso. Neste sentido uma cuidadosa aproximação deve ser feita aos familiares do Jéferson. A abordagem da família configura-se em uma das estratégias possíveis para apoio à problemática do Jéferson.

Como na equipe há um profissional capacitado para redução de danos, tal estratégia deve ser considerada no plano terapêutico. A redução de danos é um conjunto 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**.



Saiba mais...

O tema da dependência química é tratado nos cursos do SUPERA, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/SENAD e UNIFESP. O SUPERA orienta a aplicação de entrevista padronizada (ASSIST) que auxilia o profissional à classificação da relação do usuário com a droga bem como capacita para aplicação de intervenções breves na Atenção Primária.

Mais informações em <<https://www.supera.senad.gov.br/>>.

A Equipe de Saúde da Família pode, portanto, trabalhar com a redução de danos neste caso – por exemplo – através da 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.

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.



Destaque

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.

Tendo em vista a diversidade dos arranjos assistenciais das Unidades de Saúde sejam na modalidade tradicional de cuidado ou Estratégia Saúde da Família (ESF) nem todas dispõem de infraestrutura necessária para o atendimento de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias como Jéferson, tais como equipe multiprofissional ou estratégias de matriciamento apoiada pelos profissionais dos serviços de referência em saúde mental que atendam o território.

O município de Cachoeira de Serra além de contar com equipes de NASF, possui em sua rede de serviços de saúde o CAPS Álcool drogas, o CAPS II, além de um Centro de Referência em Reabilitação e outras especialidades médicas. A de se considerar que a UBS deva estabelecer meios para aproximação com estes serviços no seu território de atuação, a fim de construir uma teia de cuidados que possa contribuir com o fortalecimento do papel da Atenção Primária (governança) no cuidado à comunidade, famílias e pacientes em condição de dependência química. Tais ações podem se dar por meio da criação de espaços para fóruns locais, reuniões de equipe com estes profissionais para discussão de casos, empenhando assim alguns recursos previstos para a estratégia de matriciamento.

Ainda, em função de sua capilaridade e inserção no território, a UBS tem importante papel no cuidado compartilhado de pacientes nesta condição, o que envolve a construção de projetos terapêuticos que acolham e permitam estabelecer redes de apoio para o cuidado dos casos que necessitam desta ajuda. Além disso, em todo atendimento, os pacientes poderiam ser avaliados com instrumentos de rastreamento para dependência ou por vezes, atendidos de forma compartilhada com outros profissionais da equipe multi. Por fim, a equipe da UBS pode agir de forma bastante eficaz no cuidado e na prevenção do uso indevido de substâncias além do suporte e apoio familiar.

É importante que a Unidade esteja preparada para acolher a qualquer momento do dia, visto ser a “responsabilização” um dos atributos da Atenção Primária, assim, a angústia de Jéferson pode ser acolhida pela equipe de saúde. Por outro lado, ao mesmo tempo que essa angústia emergencial deve ser acolhida, é importante que ela não seja o motor do tratamento visto que pactuações devem sempre ser estabelecidas com Jéferson, como forma de auxiliá-lo no desenvolvimento de uma relação com a instituição que seja diferente daquela estabelecida com a substância (dependência), 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, esteja capacitada aproveitando os espaços de matriciamento ou outras estratégias de educação permanente em serviço para que com o discurso afinado, possa cuidar da família e do paciente de forma singular, buscando desenvolver a corresponsabilidade no cuidado a medida que Jéferson e família forem adquirindo recursos para isto. A literacia em saúde é um conceito que cabe bem aqui, já que parte do pressuposto essencial dos recursos necessários que levam o sujeito ao empoderamento. Esses caminhos ou contornos dados ao paciente, são na verdade, as ferramentas de que dispõe a equipe para dar forma ao cuidado prestado à demanda do paciente, que, na maioria das vezes, se encontra fragmentado e ambivalente.

LITERACIA EM SAÚDE

Segundo a Organização Mundial da Saúde, literacia em saúde é o conjunto de *“competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde”*.

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.



Destaque

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 autodefinir e desempenhar seus papéis sociais.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ABRAMS, K. et al. Self-Administration 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.

PEDRO, A R. AMARAL, O. ESCOVAL, A. **Literacia em saúde, dos dados à ação**. Portugal: Rev. Port de Saúde Pública; set. 2016. Disponível em: <<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/pdf/S0870902516300311/S200/>>. Acesso em 13 jun. 2018.

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.

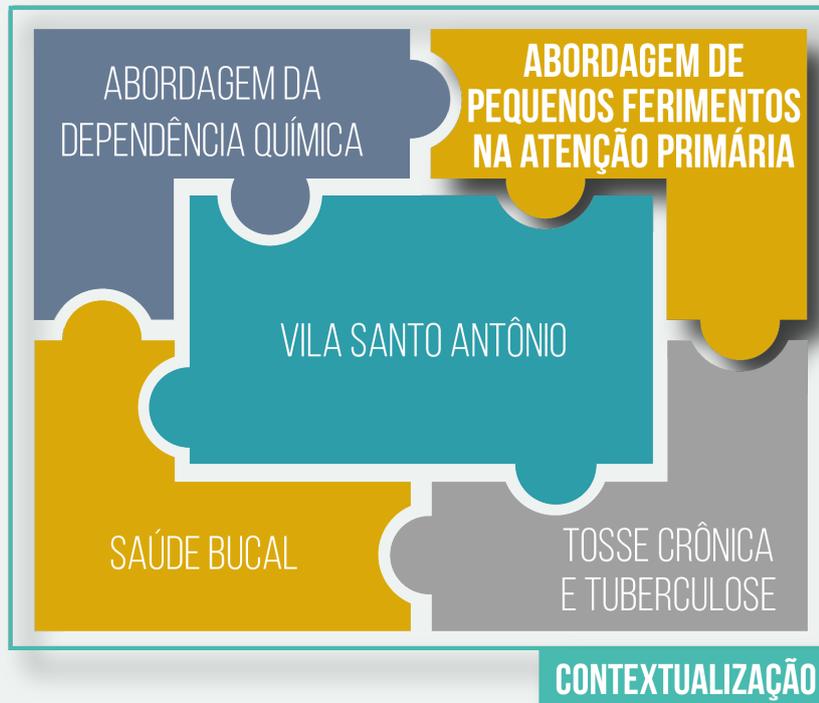
SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / Organizadoras Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni. Curso livre acesso em. Disponível em: <https://www.supera.senad.gov.br/@/material/mtd/pdf/SUP/SUP_Guia.pdf>. Acesso em 14 jun. 2018.

_____; 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.

ABORDAGEM DE PEQUENOS FERIMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

KATSUMI OSHIRO



URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Lesões corto-contusas e mordeduras por animais são situações que levam a população a ser encaminhada ou a procurar por conta própria os serviços de saúde para atendimento imediato de uma ocorrência que consideram de urgência.

A área de urgências e emergências é um importante componente da assistência à saúde. Há uma demanda crescente por serviços nessa área nos últimos anos, e a assistência se dá, ainda hoje, predominantemente nos serviços que funcionam exclusivamente para esse fim: os tradicionais prontos-socorros. Por essa porta do sistema entram casos de emergência e urgência propriamente dita. Mas também entram casos que poderiam ser atendidos na Atenção Primária, em unidades de menor complexidade do que a de prontos-socorros ou hospitais.

Para atender a essa demanda, estão sendo construídas unidades de pronto-atendimento, as chamadas UPAs-24 horas. São instituições que oferecem assistência em situações de urgência durante 24 horas por dia, todos os dias da semana. Funcionam como unidades intermediárias entre as Unidades Básicas de Saúde e os hospitais, ajudando a desafogar esses serviços, e têm capacidade de resolver 97% dos casos. Essa ação faz parte do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2) e do Programa Saúde Toda Hora, que está reorganizando a rede de atenção às urgências do SUS.

A criação dessa rede de pronto-atendimento não isenta a Saúde da Família de atender casos de pacientes da sua área de atuação. Há necessidade de conciliar os atendimentos agendados e os eventuais, encaminhado aos serviços de nível secundário casos que ultrapassam a capacidade de solução no nível primário.

TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS — FERIMENTOS

Do ponto de vista orgânico, entende-se por traumatismo as lesões sofridas por qualquer tecido dentro da sua integridade anatômica, geralmente são de origem extrínseca e de natureza acidental ou intencional. Pode ser **superficial** ou **profundo**.

O traumatismo é superficial quando o agente causador atinge a pele, o tecido celular subcutâneo ou mesmo as aponeuroses e músculos. Caso contrário, havendo comprometimento de estruturas nobres ou profundas (nervos, tendões, vasos, ossos ou vísceras), o traumatismo é considerado profundo.

A) Classificação dos traumatismos superficiais

Os traumatismos superficiais podem ser **fechados** ou **abertos**. Traumatismos fechados são as contusões leves causando edemas traumáticos, como as equimoses, os hematomas superficiais. Os traumatismos abertos são os ferimentos.

Os **ferimentos superficiais abertos** podem ser classificados quanto à profundidade, à complexidade, à contaminação e à natureza do agente que causou. Contaminação é o aspecto mais importante, mas cada uma das classificações tem importância prática no tratamento.

1. Quanto à natureza do agente

- **Ferimento inciso:** linear, com bordos regulares e pouco traumatizados, produzido por instrumento cortante com fio muito aguçado (Ex.: gilete).
- **Ferimento contuso:** bordos irregulares e macerados, sem sangramento vivo, forma estrelada. Produzido por instrumento rombo capaz de romper a integridade da pele (Ex.: pedra).
- **Ferimento corto-contuso:** bordos irregulares e contundidos, fundo irregular, não tem forma estrelada. Produzido por instrumento cortante não muito afiado (Ex.: facão).
- **Ferimento lácero-contuso:** ferimento contuso que criou retalhos.
- **Ferimento perfurante:** superfície circular com bordos regulares ou não. Apresenta orifício de entrada, um trajeto e às vezes orifício de saída. Produzido por objeto pontiagudo e fino capaz de atravessar a pele e tecidos subjacentes. São tipos de ferimentos perfurantes o punctório (prego), o penetrante (penetra cavidade natural do organismo) e o transfixiante (atravessa determinado órgão ou segmento).
- **Ferimento pérfuro-contuso:** orifício de entrada com forma oval ou circular, com bordos triturados ou equimóticos.
- **Ferimento pérfuro-cortante:** lesão mista. (Ex.: punhal).

2. Quanto à profundidade

- **Superficiais:** envolvem somente a pele, tecido celular subcutâneo e músculos sem atingir estruturas profundas ou nobres.
- **Profundos:** envolvem nervos, tendões, vasos calibrosos, ossos ou vísceras.

3. Quanto à complexidade

- **Simplex:** sem perda tecidual, contaminação grosseira ou presença de corpo estranho.
- **Complexo:** perda de tecido, esmagamento, queimadura, avulsão, deslocamento de tecidos ou implantação de corpos estranhos.

4. Quanto à contaminação

- **Ferimentos limpos:** contaminação bacteriana mínima; ferimento com menos de 6 horas de evolução.
- **Ferimentos contaminados:** evolução de mais de 6 horas.

B) Tratamento

O objetivo principal do tratamento nos traumatismos superficiais é restabelecer a integridade anatômica e funcional dos tecidos, promover a cicatrização da lesão e prevenir complicações, atentando-se também para as melhores opções que tragam um resultado estético satisfatório.

Dessa forma, torna-se fundamental a avaliação inicial e criteriosa da lesão, seguida da limpeza eficaz do seu leito visando estabelecer os cuidados de assepsia para evitar o aumento da contaminação. Assim, a ferida deve receber limpeza rigorosa de seu leito, para remover as fontes de contaminação como corpos estranhos, coágulos e bactérias, esta limpeza deve ser realizada por meio da irrigação com soro fisiológico sob pressão para promover o desprendimento de bactérias e corpos estranhos aderidos aos tecidos.

Para essa irrigação, é utilizada agulha de calibre 18 (40x12) e seringa de 20 ml, com essa combinação, obtêm-se pressão de 9,5 psi (per square inch - unidade que mede o impacto da pressão), que embora esteja acima do valor ideal (8 psi), está abaixo do valor limite de 15 psi, a partir do qual causa danos ao tecido de granulação. Estudos recentes têm mostrado que esses cuidados são mais eficientes na profilaxia de infecções que o uso de antibióticos.

Nesta avaliação durante a anamnese, informações sobre o agente causador do trauma ou lesão; a forma que ele ocorreu; o tempo decorrido até o primeiro atendimento; a situação vacinal do paciente, a presença de comorbidades e de alergias necessitam ser levantadas.

CONDUTAS NOS FERIMENTOS SUPERFICIAIS ABERTOS

As medidas gerais a serem tomadas estão relacionadas principalmente à realização do tratamento cirúrgico correto da lesão; à determinação da profilaxia adequada contra o tétano para cada paciente e à avaliação da necessidade de imunoglobulina tetânica homóloga, analisando as características da ferida e o estado prévio de imunização ativa.

Pequenos ferimentos superficiais podem ser tratados por médico clínico dependendo do seu treinamento e das condições do local de trabalho. Saber avaliar a extensão do ferimento e quando encaminhar para serviços de maior complexidade é tão importante quanto trata-lo. Em caso de ferimento aberto, recomenda-se, segundo Ministério da Saúde (2011), adotar as medidas abaixo:

1. Fechamento primário: indicado para as feridas limpas, com pequeno risco de infecção. Nas feridas traumáticas, seu sucesso depende de limpeza rigorosa, desbridamento e hemostasia. O fechamento primário é contraindicado nas seguintes situações:

- Intervalo maior que 6-8 horas entre o traumatismo e o início do tratamento: esse critério, apesar de servir como orientação geral, é relativo, e depende das condições clínicas gerais do paciente.
- Tecidos com suprimento sanguíneo inadequado.
- Impossibilidade técnica de aproximação das bordas da ferida em consequência de perda de pele e tecido celular subcutâneo.
- Ferida por mordedura.

2. Fechamento primário retardado: indicado para feridas com maior risco de infecção, seja pelo alto grau de contaminação, seja pelo longo tempo decorrido entre a lesão e a procura de tratamento.

Nesses casos, após limpeza, desbridamento e hemostasia rigorosos, cobre-se a ferida com gaze esterilizada e faz-se inspeção diária em condições assépticas: se a ferida evoluir sem sinais de infecção até o terceiro ou quarto dia, procede-se ao fechamento normal. Caso contrário, faz-se a opção pelo tratamento aberto.

3. Tratamento aberto: É utilizado quando há contraindicação para o fechamento primário ou primário retardado, ou quando esses dois falham. Sua maior indicação é nas feridas infectadas. O fechamento desse tipo de ferida processa-se pela formação de tecido de granulação e o posterior epitelização.

PRINCÍPIOS GERAIS DO TRATAMENTO

O fechamento primário pode ser feito de **imediate** (tempo menor do que 6 horas entre lesão e início de tratamento) ou **retardado**. Quando há contraindicação para fechamento do ferimento, o tratamento é feito de forma **aberta**, podendo ser fechado de forma **secundária** se evoluir bem.

FERIMENTOS CONTAMINADOS

Todo ferimento aberto é contaminado em maior ou menor grau. A maior parte dos ferimentos pode ser tratada com fechamento primário imediato após desbridamento cirúrgico adequado.

O uso sistêmico de antibioticoprofilaxia por 24 a 48 horas está indicado nas seguintes situações: ferimentos muito contaminados e ferimentos moderadamente contaminados em que haja fatores locais ou sistêmicos que diminuam a resistência à infecção. Pode ser indicado também nos casos em que o desenvolvimento da infecção, embora pouco provável, possa ser desastroso. O antibiótico somente é útil se administrado até 4 horas após a lesão e desde que o ferimento tenha sido adequadamente limpo e desbridado. Em ferimentos infectados, a antibioticoterapia deve ser no mínimo por sete dias.

Ferimento causado por mordedura de cão, mesmo puntiforme, deve ser considerado como ferimento profundo e contaminado.

VACINAÇÃO ANTITETÂNICA

O tétano é uma doença em declínio no Brasil. Em 2008 foram 331 casos em todo o país. Mais da metade desses casos (51%) ocorreu na faixa etária de 25 a 54 anos de idade, 17% na faixa de 55 a 64 anos. A ocorrência de doença em menores de 5 anos nesse mesmo período foi de 1,4%.

O tétano é causado pela ação de exotoxinas produzidas pelo *Clostridium tetani* normalmente encontrado na natureza sob a forma de esporos na pele, fezes, terra, galhos, arbustos, poeira das ruas, trato intestinal de animais, especialmente do cavalo e do homem.

Pela ampla distribuição dos esporos na natureza, qualquer ferimento que entre em contato com o esporo deve ser considerado de risco. Alguns ferimentos abertos representam um terreno mais propício para germinação dos esporos porque, em condições favoráveis de anaerobiose, transformam-se na forma vegetativa e iniciam a produção da toxina.

O tétano acidental pode acometer qualquer faixa etária. A maioria dos casos ocorre em adultos e idosos, principalmente nos homens. Agricultores são os mais atingidos, seguidos por aposentados e donas de casa.

A única forma de prevenção segura contra o tétano é a vacinação básica e reforços na criança. Doses de reforços a cada 10 anos em adolescentes, adultos e idosos são necessárias para manutenção da imunidade.

A vacina antitetânica é composta por toxoide tetânico associado a outros antígenos (DTP, dTpa, Penta, DT ou dT). O esquema completo recomendado é de 3 doses administradas no 1º ano de vida, com reforços aos 15 meses e 4 anos de idade. A partir dessa idade, um reforço a cada 10 anos após a última dose administrada.

A profilaxia do tétano deve ser uma medida de rotina no tratamento de ferimentos abertos e sua indicação deverá ocorrer considerando com o tipo de lesão e a situação vacinal do paciente (**Quadro 1**).

Atenção especial deve ser dada ao ferimento profundo, com presença de corpos estranhos e grande quantidade de tecidos desvitalizados que vieram tardiamente para tratamento.

QUADRO 1

Esquema de condutas profiláticas de acordo com o tipo de ferimento e situação vacinal

História de vacinação prévia contra tétano	Ferimentos com risco mínimo de tétano ^a			Ferimentos com alto risco de tétano ^b		
	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas
Incerta ou menos de 3 doses	Sim ^c	Não	Limpeza e desinfecção, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e desbridar o foco de infecção	Sim ^c	Sim	Desinfecção, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados
3 doses ou mais, sendo a última dose há menos de 5 anos	Não	Não		Não	Não	
3 ou mais doses, sendo a última há mais de 5 anos e menos de 10 anos	Não	Não		Sim (1 reforço)	Não ^d	
3 ou mais doses, sendo a última há mais de 10 ou mais anos	Sim	Não		Sim (1 reforço)	Não ^d	
3 ou mais doses, sendo a última dose há mais de 10 ou mais anos em situações especiais	Sim	Não		Sim (1 reforço)	Sim ^e	

^a Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.

^b Ferimentos profundos ou superficiais sujos; com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas.

^c Vacinar e aprazar as próximas doses, para complementar o esquema básico. Essa vacinação visa proteger contra o risco de tétano por outros ferimentos futuros. Se o profissional que presta o atendimento suspeita que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT (soro antitetânico) ou IGHAT (imunoglobulina humana antitetânica). Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

^d Para paciente imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso, além do reforço com a vacina, está também indicada IGHAT ou SAT.

^e Se o profissional que presta o atendimento suspeita que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2016.

MORDEDURA CANINA

No Brasil, a raiva é endêmica e apresenta dois ciclos de transmissão: urbana e rural. Didaticamente, pode-se dividir o ciclo urbano e rural em quatro ciclos epidemiológicos:

- Urbano: cães e gatos;
- Rural: animais de produção;
- Aéreo: morcegos;
- Silvestre: animais selvagens (saguís, cachorros-do mato, raposas, guaxinim etc.).

No período de 1990 a 2009, foram registrados no Brasil 574 casos de raiva humana nos quais, até 2003, a principal espécie agressora foi o cão. A partir de 2004, o morcego passou a ser o principal transmissor no país.

O número de casos humanos em que o cão é fonte de infecção diminuiu significativamente de 50 em 1990 para zero em 2008 e dois casos no Maranhão em 2009.

No Brasil, no período de 2000 a 2009, uma média de 425.400 pessoas procurou atendimento médico por ter sido exposta ou se julgar exposta ao vírus da raiva. Destas pessoas, mais de 64% receberam esquema de profilaxia de pós-exposição.

De 1998 a 2009, foram notificados 218 casos de raiva humana. Destes, 66% não receberam nenhum tipo de esquema profilático, por desconhecer a necessidade de profilaxia ou pela falta de acesso ao serviço. Vinte e três pacientes (10,5%) que tiveram acesso à profilaxia foram a óbito por terem sido inadequadamente vacinados e/ou porque abandonaram o esquema profilático.

Os últimos casos de raiva humana transmitida por cão ou gato, portadores das variantes virais 1 ou 2, ocorreram em 1981 na Região Sul, em 2001 nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste, em 2004 na Região Norte e mais recentemente, em 2013, na Região Nordeste. No ano de 2014, foi alcançada a meta de zero casos, uma vez que não houve registro de raiva humana causada por cão ou gato, com as respectivas variantes citadas. Porém, mordeduras por cães nem sempre chegam ao conhecimento das autoridades sanitárias porque, na maioria das vezes, as próprias vítimas não procuram o serviço de saúde por desconhecimento da gravidade.

Os cães de uma comunidade podem ser classificados segundo sua origem em: cães de proprietários, de família, de vizinhança e cães errantes ou ferais (Guidelines for Dog Population Management, OMS, 1992).

MEDIDA IMEDIATA EM CASO DE MORDEDURA POR CÃO

Limpar o ferimento com água corrente abundante, sabão ou outro detergente. Repetir esse procedimento na Unidade de Saúde se o paciente já o tiver feito, independentemente do tempo decorrido entre a agressão e o comparecimento à Unidade.

A limpeza deve ser feita com cuidado para eliminar as sujidades sem agravar o ferimento. Depois utilizar anti-sépticos que inativem o vírus da raiva, como polivinilpirrolidona-iodo (Ex.: povidine, digluconato de clorexidina, álcool-iodado). Esses produtos devem ser aplicados uma única vez. Nos atendimentos posteriores, o ferimento deve ser lavado com solução fisiológica.

Não se recomenda a sutura dos ferimentos. Quando for absolutamente necessário, aproximar as bordas com pontos isolados, nestes casos, o soro antirrábico, se indicado, deverá ser infiltrado 1 hora antes da sutura.

Contatos com objetos ou utensílios contaminados com secreções de animais suspeitos ou lambeduras na pele íntegra não são considerados acidentes de risco e não exigem profilaxia da raiva. Recomenda-se apenas lavar bem o local com água corrente e sabão.

Após a limpeza, avaliar as condições do ferimento e aplicar as medidas preconizadas para tratamento antirrábico, considerando a gravidade do ferimento e o estado do animal agressor, incluindo também as medidas para profilaxia do tétano. Deve-se proceder à profilaxia do tétano segundo o esquema preconizado (caso o paciente não seja vacinado ou tenha sido submetido a esquema vacinal incompleto) e uso de antibióticos nos casos indicados, após avaliação médica.

CLASSIFICAÇÃO DOS FERIMENTOS

• Leves

- Ferimentos superficiais pouco extensos, geralmente únicos em tronco e membros (exceto mãos, polpas digitais e planta dos pés).
- Lambedura de pele com lesões superficiais.

• Graves

- Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital, planta do pé.
- Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos em qualquer região do corpo.
- Lambeduras de mucosas.
- Lambedura de pele onde já existe lesão grave.
- Qualquer ferimento causado por morcegos.

CONDIÇÕES DO ANIMAL AGRESSOR

• Cão e gato

- Estado de saúde no momento da agressão.
- Possibilidade de observação por 10 dias.
- Procedência do animal: se é da área de raiva controlada ou não.
- Hábitos da vida do animal: domiciliado ou não.

• Animais silvestres

Devem ser classificados como animais de risco mesmo que sejam domiciliados ou domesticados. Todo acidente com morcego deve ser classificado como grave independente da espécie e da gravidade do ferimento.

• Animais domésticos de interesse econômico ou de produção

Também são de risco. Deve-se conhecer o tipo, a frequência e o grau de exposição dos tratadores e outros profissionais com esses animais, a incidência da raiva na região para avaliar a necessidade de indicação de esquema de pré-exposição ou pós-exposição.

• Animais de baixo risco

Não há necessidade de indicar o esquema profilático em caso de acidentes com os animais abaixo, considerados de baixo risco:

- ratazana de esgoto;
- rato de telhado;
- camundongo;
- cobaia ou porquinho-da-índia;
- hamster;
- coelho.

• Observação válida para todos os animais de risco

Sempre que possível, coletar amostra de cérebro e enviar ao laboratório de referência. Se o resultado for negativo, não há necessidade do esquema profilático que pode ser suspenso caso tenha sido iniciado.

NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

- Notificar o caso utilizando a ficha de Notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
- Preencher a Ficha de Atendimento Antirrábico Humano.
- Seguir as orientações para preenchimento.

A EDUCAÇÃO PARA EVITAR A AGRESSÃO

A informação e a educação das pessoas, proprietárias ou não de animais de estimação, são fundamentais para a boa convivência com cães e gatos.

Comportamentos agressivos fazem parte da conduta social dos cães, e tal agressividade depende de fatores genéticos hereditários, características do animal da maneira como foi socializado e educado.

Há um manual de educador acessível pela internet no site www.prefeitura.sp.gov.br – Saúde – Publicações – Publicações A-Z (Manual de Prevenção contra agressões por cães e gatos/2004). Esse manual trata da integração do animal na família, que deve ser feita pelo proprietário desde a chegada do filhote ou do animal adulto. Deve objetivar:

• **Hierarquização:** o cão identifica a família como sua matilha dentro da qual existe a hierarquia a ser seguida. Toda família independente da idade deve estar hierarquicamente acima do animal, ou seja, o animal não deve ter domínio sobre nenhum dos membros. Nos gatos a hierarquia não é tão evidente.

• **Socialização:** é o processo de integração do cão. As relações que são estabelecidas nesse período normalmente são mantidas durante toda a vida adulta do animal. Nos cães e gatos, a socialização começa com três semanas de idade, quando os filhotes ainda estão com a mãe e os irmãos. É interessante que os filhotes permaneçam com a mãe e os irmãos pelo menos até 45 dias, e só então vir para a nova família. A convivência do filhote com a mãe e os irmãos é de suma importância porque, durante o brincar, os filhotes aprendem a controlar a mordida, posicionar-se socialmente como dominante ou submisso e interagir com os demais membros do grupo social.

A socialização deve ocorrer até três meses de idade. Nesta fase, o animal já deve ter sido apresentado às pessoas, a diferentes animais e a situações como tomar banho, andar de carro, escovação, manipulação do seu alimento e de seu corpo, principalmente orelhas e boca.

Desde os primeiros dias de integração do animal na família, o proprietário deve estabelecer limites do animal dentro do grupo, determinando, dessa forma, a hierarquia dentro da família da qual o animal é integrante.

Brincar com o animal faz parte essencial do processo de socialização. Há várias brincadeiras entre humanos e animais que não são recomendadas, principalmente aquelas consideradas agressivas ou que estimulam a agressividade.

- **Autocontrole:** controle de mordeduras, reações e necessidades fisiológicas.

- **Educação básica:** é importante para estabelecimento de uma convivência harmônica no lar. Para o cão entender o que se deseja dele, o comando precisa ser claro: “Não” significa sempre “Não”, e o “Bom” e “Certo” devem ser sempre recompensados com afeto ou reforço positivo como biscoitos ou brinquedos adequados à espécie.

A educação inclui comandos básicos como:

- atender ao chamado, sentar e permanecer, deitar;
- andar com coleira e guia; andar ao lado do dono durante o passeio;
- habituar o animal a ser manipulado. Ser tocado para limpar a boca, orelhas, cortar unhas, escovar, tomar banho;
- esperar sua vez para comer e habituá-lo com a manipulação da sua comida;
- não permitir que pule nas pessoas.

O manual também trata dos fatores que influenciam a agressão, como controlar comportamento agressivo, como evitar situações de risco de agressão, como identificar um animal que pode agredir, como se comportar com a aproximação de animais e como evitar o ataque e outros mais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Primária, n. 30**, Procedimentos. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 1. ed. atual. – Brasília, 2016.

SAÚDE BUCAL

CELSO ZILBOVICIUS



O caso de 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 próximo ao 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 fluoroterapia 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 rastreamento de necessidades e devidas ações.



Destaque

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.

TOSSE CRÔNICA E TUBERCULOSE

SANDRA APARECIDA RIBEIRO



A tosse é um sintoma comum de significância variável. É tipicamente uma resposta reflexa a estímulos que irritam os receptores laríngeos, da traqueia ou dos grandes brônquios. Esses estímulos incluem muco, pus e sangue, bem como agentes externos: poeiras e agentes químicos, corpos estranhos e o ar extremamente quente ou frio. Outras causas incluem inflamação da mucosa respiratória e pressão ou tensão nas passagens aéreas.

Deve-se procurar por fatores desencadeantes, relação com alérgenos/inalantes externos, mudanças de temperatura, tabagismo, doenças gastroesofágicas, obstrução das vias aéreas superiores ou inferiores, hiper-reatividade brônquica e uso de medicamentos. A tosse pode ser classificada em aguda (menos de três semanas), subaguda (de três a oito semanas) ou crônica (mais de oito semanas) e em seca ou produtiva.

Tosse acompanhada de 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.

Nos usuários de crack, como os pulmões são os primeiros órgãos expostos aos produtos de combustão da droga, os sintomas respiratórios agudos podem se desenvolver dentro de minutos ou várias horas após seu uso, sendo as principais queixas respiratórias tosse, expectoração com resíduos de carbono, dor torácica, dispneia e hemoptise.

A dor torácica ocorre frequentemente uma hora após o fumo da droga, exacerbando-se com a inspiração profunda. Esse sintoma pode representar uma resposta sensorial local a partir da irritação das vias aéreas, devido à alta concentração de cocaína inalada ou a produtos de combustão do crack, e vir ou não acompanhado de sibilância. Outras causas de dor torácica que precisam ser investigadas entre fumantes de crack incluem isquemia miocárdica aguda, infarto, pneumotórax ou pneumomediastino.

Hemoptise é outro achado frequente, estando presente de 6 a 26% entre os usuários de crack. Pode resultar da rotura dos vasos sanguíneos presentes na submucosa traqueal e brônquica ou originar-se de alterações de permeabilidade da membrana alvéolo-capilar (edema pulmonar/hemoptoicos).

Existem algumas hipóteses para explicar a patogênese do edema pulmonar proveniente do uso de crack: uma delas é de que aconteceria uma descarga adrenérgica muito importante, causando lesão da estrutura microvascular, aumentando dessa forma a pressão do retorno venoso, levando ao edema pulmonar; outra é de que a cocaína aumentaria a resistência vascular sistêmica, o que resultaria em falência ventricular esquerda com consequente inundação alveolar.

Assim, os sintomas de Jéferson, de tosse e emagrecimento, podem ser explicados pelo uso de crack, mas deve-se descartar tuberculose, que é uma doença frequente em nosso meio e muito associada ao abuso de drogas ilícitas e a piores condições socioeconômicas.

TOSSE E TUBERCULOSE

A tosse e a expectoração são sintomas cardinais da tuberculose e sempre devem ser investigados para que os casos pulmonares de tuberculose sejam diagnosticados e tratados precocemente. Os sintomas sistêmicos surgem com a evolução da doença: anorexia, febre (classicamente vespertina), emagrecimento, hemoptise, astenia e sudorese noturna.

Os sintomáticos respiratórios (SR), definidos como pessoas portadoras de tosse e expectoração por período igual ou superior a três semanas, são considerados prioritários para o rastreamento da tuberculose pulmonar. Alguns estudos mostram que estratégias voltadas à busca de sintomáticos respiratórios em quem procura a unidade de saúde, independentemente do tempo de sintoma, ou utilizar o tempo de duas semanas como ponto de corte, ou perguntar ativamente sobre tosse para todos os adultos que comparecem à unidade de saúde, podem aumentar significativamente o número de casos diagnosticados de Tuberculose.

Segundo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), a busca ativa de SR tem como objetivos principais identificar precocemente os casos bacilíferos, interromper a cadeia de transmissão e reduzir a incidência da doença a longo prazo. Visando alcançar tais objetivos, as equipes de saúde devem planejar esta ação considerando os parâmetros nacionais de Sintomáticos Respiratórios Esperados – SRE, definido como o número de sintomáticos respiratórios que se espera encontrar em um determinado período de tempo.

Assim, a recomendação nacional considera que 1 % da população apresenta-se como SR, sendo que destes estima-se que 3-4% dos sintomáticos respiratórios tenham tuberculose. O prolongamento desse tempo, entre o início dos sintomas e a investigação dos sintomáticos, é um dado importante pelo fato de um eliminador de bacilos no escarro poder infectar dez pessoas ao longo de um ano.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com os portadores de tosse subaguda e crônica secundária, principalmente doença pulmonar obstrutiva crônica, sinusite crônica, bronquiectasias, câncer de pulmão e fibrose cística.

Nos doentes com expectoração espontânea, devemos solicitar a baciloscopia direta (pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente) em duas amostras de escarro: uma no dia da consulta e outra no dia seguinte, em jejum. Havendo disponibilidade de cultura para microbactérias, esta também deve ser solicitada. A positividade da baciloscopia é de 70% em casos pulmonares. A pesquisa bacteriológica é método prioritário quer para o diagnóstico, quer para o controle de tratamento, além de permitir identificar a fonte de transmissão da infecção, o bacilífero.

O escarro induzido e a broncofibroscopia estão reservados para os casos de baciloscopia negativa, dando-se prioridade para o escarro induzido.

O estudo radiológico convencional é método de alta sensibilidade, sempre indicado para os sintomáticos, contactantes e infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. A tomografia computadorizada do tórax justifica-se apenas em situações nas quais a radiografia de tórax suscita dúvidas em relação à localização e ao aspecto da lesão parenquimatosa.



Destaque

Espera-se que todos os médicos de família e os generalistas que atuam na Atenção Primária à Saúde estejam habilitados a diagnosticar e a tratar tuberculose pulmonar bacilífera e que as equipes estejam aptas a fazer o tratamento supervisionado, sempre que possível. Tendo sido feito o diagnóstico de tuberculose, deve-se oferecer a coleta de sorologia para HIV a esses pacientes, pela possibilidade de estarem coinfectados.

No tratamento supervisionado, o paciente tem garantidos o café da manhã e o transporte entre a residência e a UBS, além de tomar o remédio na presença de algum profissional de saúde e receber uma cesta básica por mês durante os seis meses de tratamento.

Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo bacilo Koch. As regiões da África e Ásia são as que apresentam maior risco para o adoecimento. Seis países foram responsáveis por 60,0% dos novos casos de tuberculose no mundo em 2015: Índia, Indonésia, China, Nigéria, Paquistão e África do Sul. O progresso global para o enfrentamento da doença depende de avanços na prevenção e cuidado ao paciente em todos os países de alta carga de tuberculose, dentre eles o Brasil. No mundo, o percentual de redução no coeficiente de incidência de tuberculose foi de 1,5% entre 2014 e 2015. No entanto, para o alcance dos primeiros objetivos da estratégia, faz-se necessário uma redução média anual de 4,0 a 5,0% até 2020.

Até o final de 2015, a Organização Mundial de Saúde classificava os 22 países com maior carga da doença no mundo, dentre eles estava o Brasil. Para o período de 2016 a 2020, foi definida uma nova classificação de países prioritários, segundo características epidemiológicas. O Brasil se encontra em duas dessas listas, ocupando a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV.

Dados do Boletim Epidemiológico 2016 mostram que o coeficiente de incidência de tuberculose no Brasil reduziu de 42,7 em 2001 para 34,2 casos por 100 mil habitantes em 2014 e o coeficiente de mortalidade por tuberculose passou de 3,1 em 2001 para 2,1 óbitos por 100 mil habitantes em 2014, essa melhoria progressiva dos indicadores está associada redução do coeficiente de AIDS para 10 por 100 mil habitantes, ao aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da meta de realização de até 90% de Tratamento Diretamente Observado (TDO).

Dessa forma, a organização da equipe de saúde quanto à vigilância da tuberculose deverá ser guiada pela participação de cada integrante da Equipe de Saúde da Família, com atribuições específicas no sentido de suspeitar, diagnosticar, notificar e acompanhar os casos de tuberculose e realizar atividades de controle no âmbito do território. A equipe pode trabalhar com as metas definidas no **Plano Nacional de Controle da Tuberculose** (2017) que apresenta novas estratégias de enfrentamento visando “Um mundo livre da tuberculose: zero morte, zero casos novos e zero sofrimento devido à tuberculose” tendo por objetivo o fim da epidemia global da doença. Para tanto, as metas para cumprimento em 2035, são:

- reduzir o coeficiente de incidência em 90,0%, menos de 10 casos por 100 mil hab, comparado com 2015 e,
- reduzir o número de óbitos por tuberculose em 95,0%, menos de 1 óbito por 100 mil hab, comparado com 2015

Para o alcance destas metas é necessário que o planejamento de cada local seja realizado com base em seu diagnóstico epidemiológico situacional de tuberculose estimando a quantidade 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 vão da detecção à cura do doente.

No caso apresentado, sugere-se problematizar a ausência de casos no território da USF, sabendo da alta prevalência no município. Considerar também o óbito que houve, dois anos antes, 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 de tuberculose, contatos dos casos de tuberculose, populações de risco, usuários de drogas, moradores de rua) (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 21, 2008, p. 133), ou seja, como realizar vigilância.

ESTRATÉGIAS DE BUSCA ATIVA

1. Busca na demanda: consiste na investigação sistemática de todas aquelas pessoas que buscam os serviços de saúde por qualquer motivo, questionando-as acerca de tosse por três semanas e mais, e oferecendo o exame bacteriológico. Assim, a equipe poderá também aproveitar a oportunidade de busca nos grupos educativos realizados pela atenção básica, como grupos de diabéticos, hipertensos, idosos, e em locais como a recepção, sala de acolhimento, salas de procedimentos de enfermagem, entre outros. Além disso, outras estratégias de divulgação e acesso à informação sobre a doença podem ser utilizadas como, os grupos de sala de espera para consulta, com a realização de palestras rápidas sobre a tuberculose, indicando o local de acesso onde o paciente possa procurar o diagnóstico da doença. Também sugere-se a fixação de cartazes a apresentação de filme sobre tuberculose, álbum seriado, meios eletrônicos, uso do alto-falante das unidades de saúde orientando os sintomáticos respiratórios a procurarem a sala de orientação em tuberculose.

2. Estratégia de Saúde da Família (ESF): com a implantação em nosso país da ESF e do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), a busca ativa deve ser estendida à comunidade com a inclusão da identificação do SR na visita mensal para todos os moradores do domicílio (na população da área de abrangência de cada equipe).

3. Hospitais gerais e emergências: a busca ativa do SR é uma importante medida de biossegurança para evitar que casos não diagnosticados transitem por esses locais, oferecendo risco para os pacientes e profissionais de saúde. Nos setores de urgência e nas clínicas de internação, o interrogatório do SR deve ser implementado na admissão, e os casos suspeitos devem ser isolados até o resultado dos exames de baciloscopia (duas amostras).

4. Serviços de atendimento de populações com HIV/aids: é fundamental a identificação dos doentes bacilíferos, considerando que essa população é a de maior risco conhecido de adoecer de tuberculose.

5. Sistema prisional: é necessário que a atividade seja implantada tanto no momento da inclusão como estabelecida em rotina periódica para o conjunto da população privada de liberdade.

6. Outras instituições fechadas (asilos de idosos, hospitais psiquiátricos, albergues de moradores em situação de rua): é desejável que a estratégia seja realizada na admissão e periodicamente (periodicidade estabelecida de acordo com o tempo de permanência das pessoas na instituição).

7. População indígena e moradores de rua: deve-se estabelecer uma rotina para a busca ativa do SR, considerando o elevado risco de adoecimento dessa população.

Considerando a importância da busca do sintomático e no sentido de alcançar impacto nos indicadores de tuberculose propostos para a unidade de saúde, a organização e planejamento dessa busca deverá garantir, de acordo com o Protocolo de Tratamento Diretamente Observado (MS, 2011):

- O caráter continuado, permanente e organizado da busca de casos suspeitos, de forma a fazer parte da rotina diária da unidade de saúde, não se caracterizando por uma ação eventual;
- A organização do agendamento aberto, para pessoas que procuram as unidades de saúde e os suspeitos encaminhados dos outros serviços por motivo de tosse por tempo igual ou maior que três semanas;
- A busca dos sintomáticos devem ter abrangência multiprofissional envolvendo a totalidade dos profissionais da unidade de saúde;
- O estabelecimento de fluxo dos exames laboratoriais para retaguarda diagnóstica no que se refere ao atendimento da demanda, com agilidade na realização e divulgação dos resultados das baciloscopias;
- A programação anual de sintomáticos respiratórios no serviço de saúde, cujas metas foram pactuadas por estados e municípios, e o desenvolvimento de ações que facilitem o alcance dessas metas por unidade de saúde;
- A organização de ações específicas voltadas para os grupos ou locais com maior probabilidade de adoecer por tuberculose: presídios, creches, manicômios, abrigos e asilos, pessoas em situação de rua, assim como em pessoas etilistas, usuários de drogas, pessoas em situação de rua, imunodeprimidos por uso de medicamentos ou doenças imunossupressoras (AIDS, Diabetes), entre outros;
- Programação de metas e monitoramento mensal da identificação de sintomáticos respiratórios nas unidades de saúde e em populações especiais, utilizando-se do registro no Livro do Sintomático Respiratório;
- Mobilização e capacitação dos profissionais de saúde e de todos os funcionários da unidade de saúde (ex.: vigilantes, serviços administrativos e limpeza), assim como os agentes comunitários de saúde e a equipe da Estratégia de Saúde da Família na identificação e no registro do caso de sintomático respiratório;
- Monitoramento e avaliação rotineira da atividade de busca de SR, a partir dos indicadores sugeridos: porcentagem de identificados, de sintomáticos de respiratórios examinados, de positividade e da meta alcançada a cada mês.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo De Enfermagem**, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano Nacional pelo fim da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.