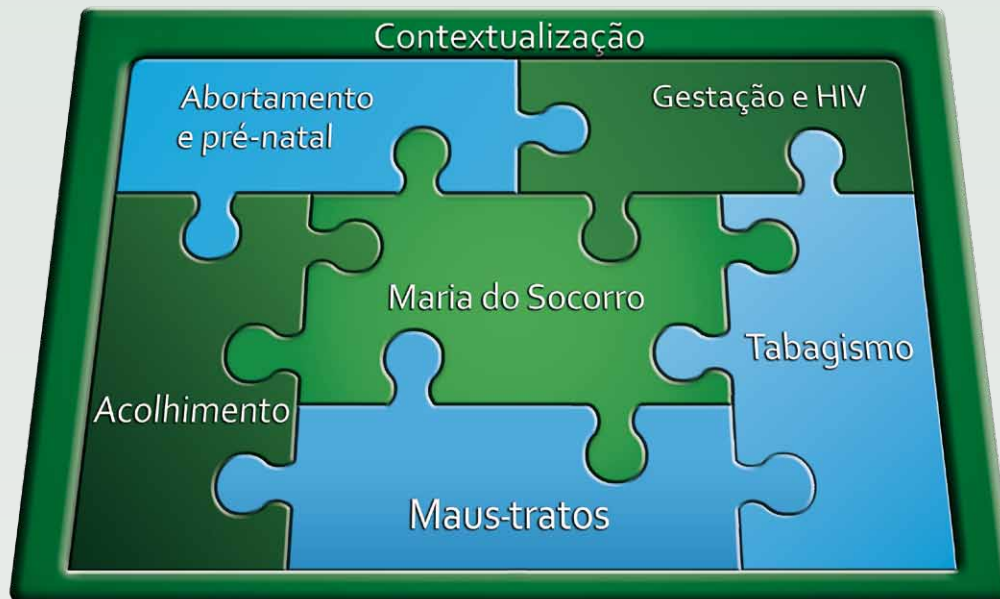


Contextualização

Julie Silvia Martins
Revisão de Daniel Almeida Gonçalves



O caso Maria do Socorro permite uma discussão ampliada, desde as questões específicas de seu estado de saúde e de sua família, como os aspectos fundamentais do trabalho em equipe na Atenção Primária, da articulação de rede social de apoio e do enfrentamento da mortalidade infantil. Vale lembrar que algumas situações aqui apresentadas serão melhor desenvolvidas teoricamente nas próximas unidades do curso e poderão ser retomadas para discussão em seus fóruns.

Do ponto de vista clínico, o caso traz para a discussão a questão do abortamento, que é um tema complexo, envolvendo aspectos sociais, culturais, econômicos, jurídicos, religiosos e ideológicos (BRASIL, 2010). Apesar da complexidade do tema, é imperativa a sua discussão, uma vez que as estimativas apontam que mais de um milhão de abortos inseguros são realizados no Brasil a cada ano, sendo uma das principais causas de morte materna no país (BRASIL, 2010). A própria condição de vida, a falta de recursos econômicos, de alternativas, a falta de informação sobre anticoncepção, a dificuldade de acesso aos métodos, falhas no seu uso, ou uso inadequado, entre outros aspectos, fazem com que o abortamento inseguro sacrifique cada vez mais as mulheres de comunidades pobres e marginalizadas (BRASIL, 2010).

Évelyn Traina apresenta a fundamentação teórica Abortamento, incluindo o conceito, a etiologia, a incidência, os fatores de risco e as condutas clínicas a serem adotadas nos diferentes casos, os métodos utilizados, as possíveis complicações, o diagnóstico diferencial com outras intercorrências passíveis de ocorrer durante a gestação, os cuidados a serem tomados em relação ao Rh sanguíneo e os aspectos legais relativos ao assunto. A autora, baseando-se nos aspectos legais relacionados ao abortamento, esclarece que o caso de Maria do Socorro não se enquadra nas possibilidades em que o abortamento possa ser realizado de forma legal, pois a infecção pelo HIV não constitui risco para a mãe nem para o feto, pois existem maneiras seguras de tratamento e profilaxia da transmissão vertical, cabendo ao Estado promover o controle da doença na pessoa infectada e, conseqüentemente, diminuir a transmissão horizontal e vertical (leia mais em Gestação e HIV, de Felipe Favoretti Campanharo).

As condutas a serem tomadas nas consultas de pré-natal também são apresentadas no tema “Abortamento e Pré-Natal”.

Em relação à transmissão horizontal, o documento “Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV” (BRASIL, 2008) apresenta as recomendações do Ministério da Saúde para a abordagem da reprodução para pessoas que convivem com o HIV e para o uso da terapia antirretroviral para a redução da transmissibilidade, seja na profilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV, seja na profilaxia pós-exposição sexual.

Em 2007, o Ministério da Saúde publicou o documento “Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em gestantes” (BRASIL, 2007), descrevendo de uma forma minuciosa todos os cuidados a serem tomados com as gestantes portadoras de HIV.

Cabe ressaltar que todas as gestantes infectadas pelo HIV deverão receber Terapia Antirretroviral (TARV), seja para tratamento materno (mães que apresentam sinais/sintomas da doença), ou para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

Cleonice Hirata, no texto de fundamentação teórica HIV e Saúde bucal, aborda as manifestações bucais associadas ao HIV mais frequentes. A lesão de Maria do Socorro, vegetante em palato duro, pediculada, de cor semelhante à mucosa, medindo aproximadamente cinco milímetros, é sugestiva de papiloma vírus, sendo indicada a remoção cirúrgica e a realização do exame histopatológico. O aspecto da língua descrito é sugestivo de candidíase pseudomembranosa, cujas formas de tratamento são abordadas no texto de Hirata. Em relação à mobilidade generalizada dos dentes, é característica da doença periodontal, decorrente de uma higiene bucal inadequada, que em pessoas acometidas pelo HIV pode apresentar um quadro exacerbado, de acordo com o apontado pela autora. É importante também considerar que a presença dessas manifestações na cavidade bucal pode estar refletindo o declínio do sistema imunológico e representar os primeiros sinais clínicos da doença.

Apesar de o caso não mostrar os resultados dos exames, a presença de manifestações bucais como a candidíase oral/leucoplasia pilosa, de acordo com o tema Gestação e HIV, indica imunodeficiência moderada. Além disso, há outros fatores que podem favorecer a transmissão vertical do HIV, como o seu estado nutricional, a presença de coinfeções (buciais) e ainda não ter iniciado a terapia antirretroviral (TARV). Embora a TARV esteja indicada a partir da 14ª semana para gestantes assintomáticas com linfócitos CD4 > 200, com o intuito de prevenir a transmissão vertical, Maria do Socorro já é sintomática “moderada”, portanto a TARV já deveria ter sido iniciada. Nesse caso, de acordo com Campanharo: “Quando o momento para início tratamento antiretroviral na gravidez é ‘perdido’, o importante é iniciar a TARV o quanto antes”.

Aspecto fundamental para a equipe de saúde da família é saber manejar as situações em que há dificuldade na adesão ao tratamento, como no caso em questão. O autor também ressalta que a adesão à profilaxia antirretroviral é fundamental para a redução do risco de transmissão vertical, além de salientar a importância do vínculo da equipe de profissionais com a gestante para evitar um “fim tão dramático como a transmissão vertical do HIV”.

Embora Dr. Marcelo já houvesse alertado sobre a importância do uso dos medicamentos da TARV, Elza (enfermeira) constatou indícios de que Maria do Socorro não havia aderido ao tratamento.

A adesão ao tratamento se coloca entre os maiores desafios da atenção às pessoas que convivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2008). Entre os fatores que podem dificultar a adesão ao tratamento estão: a complexidade do regime terapêutico; a precariedade ou até mesmo a ausência de suporte social afetivo e/ou material/instrumental; habilidades cognitivas insuficientes; não aceitação da soropositividade; depressão e ansiedade; receios sobre os efeitos colaterais da TARV; relação insatisfatória do usuário com a equipe de profissionais; dificuldades de organização para se adequar às exigências do tratamento na rotina diária, entre outros (BRASIL, 2008).

A compreensão dos aspectos envolvidos na falta de adesão de Maria do Socorro ao tratamento é o primeiro passo para o manejo e a superação do problema. É na escuta que os contextos individuais vão se aflorar e poderão ser apropriados pela equipe, permitindo uma abordagem adequada e resolutiva, procurando superar as dificuldades e fortalecer os aspectos que favoreçam a adesão (BRASIL, 2008). No caso de Maria do Socorro, cabe à equipe identificar e trabalhar os aspectos relativos à falta de adesão ao tratamento e procurar, de diferentes formas, sensibilizá-la sobre a importância desse ato para a prevenção da transmissão vertical da doença para seu filho(a).

Cabe aqui destacarmos aspectos do trabalho em equipe realizado pelos profissionais neste caso. Observamos que houve uma marcada mobilização da equipe para o acompanhamento da Maria do Socorro, com uma grande interação entre os vários profissionais desde sua chegada em consulta de demanda espontânea médica, a consulta odontológica, da enfermagem e as visitas domiciliares. A equipe identificou muito bem a situação de risco que garantiu acesso rápido da paciente ao sistema de saúde, função primordial da Atenção Primária. No entanto, não houve tempo ou orientação para uma abordagem mais ampliada e sistêmica. Observamos uma quebra do vínculo habilmente conseguido pela Elza devido uma desarticulação com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família. A estratégia do matriciamento prevê que as condutas e decisões sejam compartilhadas e apoio à articulação da rede, o que não aconteceu neste caso, denunciando a fragilidade desta equipe neste sentido, com grande prejuízo para saúde da paciente e provável desestímulo do trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família.

Nabas, autor de Maus-tratos, aponta que, no presente caso, o Conselho Tutelar não exerceu de forma contundente o seu papel de articulador das redes de proteção e de apoio, uma vez que a própria Equipe de Saúde da Família, que poderia contribuir de maneira decisiva, não tinha conhecimento prévio dos fatos de uma maneira consistente, de forma a desenvolver ações concretas para o enfrentamento da violência intrafamiliar.

É preciso considerar que as Equipes de Saúde da Família têm um papel importante na abordagem da violência doméstica, uma vez que as atividades realizadas possibilitam estreitar as relações dos serviços com os usuários e a comunidade, facilitando a identificação de famílias de risco, as possíveis redes sociais de apoio disponíveis e a prática interdisciplinar dos profissionais envolvidos no atendimento (MARTINS, 2007).

Em relação à questão dos maus-tratos, o tema de mesmo nome apresenta diferentes formas de violência contra crianças e adolescentes, as possíveis abordagens a serem realizadas pelos profissionais de saúde, os aspectos legais relativos aos maus-tratos envolvendo crianças e adolescentes, o papel dos Conselhos Tutelares, da Vara da Infância e da Juventude e as formas de abordagem da violência doméstica contra crianças e adolescentes nos diferentes níveis de prevenção.

Já em relação à situação do caso da família da Maria, que culminaram com a retirada de duas crianças do convívio familiar, vários aspectos devem ser analisados: a equipe de saúde, que mantém um acompanhamento longitudinal da família, nem sequer sabia desses possíveis maus-tratos; a assistente social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que suspeitava desse fato, não discutiu de forma aprofundada o caso com a equipe para que pudessem desenvolver ações conjuntas, procurando trabalhar junto à família essa situação de maus-tratos identificada (tendo em vista que a retirada da guarda reserva-se a situações extremas). E, para dificultar ainda mais a situação, o Conselho Tutelar não procurou se articular com as redes de proteção e de apoio, entre elas a equipe de saúde da família, para buscar uma solução menos drástica.

No decorrer do caso, observa-se a preocupação de Maria do Socorro com os filhos em diferentes momentos: primeiro quando declarou “Se eu morrer, quem cuida das crianças?”; segundo quando interrompeu a consulta de enfermagem, pois estava preocupada com o horário de pegar os filhos na escola, que na percepção da enfermeira, “parecia muito preocupada com as crianças”. Tais constatações nos levam a acreditar que Maria do Socorro não era a responsável pelos maus-tratos dirigidos aos filhos.

Em relação ao tabagismo de Maria do Socorro, é preciso considerar os prejuízos desse hábito para o bebê durante a gestação e para os outros filhos que dormem no mesmo quarto do casal, que já apresentam sintomas sugestivos de asma persistente leve, os quais podem estar relacionados ao tabagismo da mãe e o prejuízo à própria saúde de Maria do Socorro, devendo ser devidamente orientada pela equipe sobre a importância da cessação ou, pelo menos, da redução do número de cigarros, uma vez que ela alega não conseguir interromper o hábito e evitar fumar dentro de casa para preservar a saúde dos filhos. Essa orientação terá mais efetividade se for construída sobre uma relação profissional-pessoa de confiança, desde que seja uma decisão negociada e compartilhada com Maria do Socorro, dentro das possibilidades de aderência frente à constelação de problemas vivenciados no momento. É possível encontrar na fundamentação teórica Tabagismo/asma aspectos importantes para abordagem do tabagismo. Em função do primeiro contato, da prática da integralidade e da orientação família, a Atenção Primária é “um recurso estratégico para o enfrentamento dos agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas e as diversas formas de sofrimento psíquico” (BRASIL, s/d), como era a situação de José que, além de portador de HIV/AIDS, é usuário de drogas. Para tanto, precisa muita vezes de uma articulação e apoio dos demais níveis de atenção, bem como presença integradora dos profissionais do NASF, na rotina da UBS.

O contexto exposto sugere que Maria do Socorro tinha problemas com o marido, provavelmente com algum ressentimento por ter adquirido HIV/AIDS em decorrência de relacionamentos extraconjugais do companheiro, incomodada também com seu quadro de dependência. Por outro lado, a paciente não refere nenhum parente ou amigo(a) que pudesse ajudá-la (rede de apoio social), além de demonstrar um completo isolamento social: “Ninguém na minha rua gosta de chegar perto da gente por causa da doença e do vício do meu marido”. Assim, a complexidade do caso Maria do Socorro exige além do envolvimento de todos da equipe – incluindo a efetiva participação dos profissionais do NASF – a construção de uma vinculação terapêutica e uma abordagem integral e familiar, de forma a oferecer um apoio mais efetivo à paciente, que passava por um momento muito difícil. Instrumentos como Ecomapa, genograma, elaboração de um projeto terapêutico singular são valiosos neste sentido. Por meio destes instrumentos e metodologias, a equipe consegue se estruturar para o apoio de tal forma a orientar e apoiar a família à busca de benefícios assistenciais, previdenciários e sociais junto a organizações governamentais e não governamentais, tais como: Bolsa Família, creche para as crianças, cesta básica, transporte coletivo, enxoval para o bebê, fontes alternativas de renda, aprendizagem de novas habilidades e ofícios, participação em grupos temáticos para a troca de experiências sobre viver com HIV/AIDS, entre outras ações de apoio e solidariedade desenvolvidas pela sociedade civil. Todas as decisões devem ser pactuadas com Maria do Socorro, para que realmente atendam a seus anseios e necessidades, evitando que a equipe se fruste pela falta de interesse da protagonista do caso em relação ao benefício.

As consultas descritas, em que Maria do Socorro expôs suas angústias, medos, aflições e amarguras, demonstraram que os profissionais valorizaram a queixa e incentivaram a paciente a falar de seus sentimentos e necessidades, tal como é preconizado no Método Clínico Centrado na Pessoa. “A capacidade de escuta, sem julgamentos e imposição de valores, a capacidade de lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e necessidades” (BRASIL, 2010, p. 24). O tema Acolhimento, de Anelise Abrahão, traz uma reflexão sobre a importância dessa “postura acolhedora” nos serviços de saúde.

Por fim, o caso também nos permite refletir sobre a atuação das ESF no controle da mortalidade infantil. Em relação à cobertura de pré-natal, os dados apresentados pela equipe Amarela de Ilha das Flores indicam um número de gestantes cadastradas no SisPreNatal muito baixo em relação à população cadastrada (25 gestantes no ano anterior em uma população de 5.250 pessoas cadastradas). Isso provavelmente é decorrente da falta de registro da condição de gestante no SisPreNatal, conforme relatado no caso: “As fichas B dos ACS estão desatualizadas e não há controle de presença em pré-natal”.

Dados do SIAB (BRASIL, 2009) apontam que, no Brasil todo, 77,1% das gestantes cadastradas na Estratégia Saúde da Família iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, e o que se observa na equipe Amarela de Ilha das Flores é que apenas 44% (11) das gestantes que tinham registro no SIAB de sua condição de gestante iniciaram o pré-natal no 1º trimestre. Em relação à proporção de gestantes com seis consultas ou mais em Ilha das Flores, esta também pode ser considerada baixa (65%), pois dados do estado de São Paulo (BRASIL, 2009) apontam que 76,2% dos nascidos vivos eram de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. Observa-se aqui a importância dos Sistemas de Informação em Saúde para a consolidação da Atenção à Saúde.

Para que se tenha uma ideia melhor da proporção de gestantes que realmente estão tendo o acompanhamento devido no pré-natal, o indicador proposto pelo Ministério da Saúde no Pacto Pela Saúde (“Metas para o biênio 2010-2011”) é a porcentagem de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, sendo utilizado para a base deste cálculo o Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos – SINASC, esperando-se um resultado igual ou superior a 65,28% para o ano de 2011. Se compararmos os dados de Ilha das Flores com a meta proposta pelo Ministério, pode parecer que não se apresenta tão discrepante, porém é necessário considerar que, no caso Ilha das Flores, a base de cálculo utilizada é o número de gestantes cadastradas no SIAB, e não o número de nascidos vivos. As gestantes que não foram cadastradas no SIAB não aparecem neste cálculo. Assim, além da equipe estar alerta para o correto preenchimento das fichas do SIAB, para uma confiabilidade das informações acima por exemplo, é importante um comprometimento com as iniciativas locais para enfrentamento da mortalidade infantil, como foi descrito no caso. Notamos que a enfermeira Elza, muita atenta aos riscos para mortalidade materno-infantil, não só se esforçou para o melhor atendimento à Maria do Socorro quanto se preocupou em passar informações relevantes para outra UBS, entendendo que o atuação do profissional na rede de saúde não se restringe muitas vezes ao seu território de abrangência.

Conclui-se que a complexidade do caso de Maria do Socorro exige ação interdisciplinar da equipe de saúde, incluindo-se os profissionais do NASF, com comunicação permanente entre seus membros e com os serviços de referência (BRASIL, 2008) e o desenvolvimento de ações intersetoriais para o apoio social que o caso exige, buscando a integralidade da atenção a esta família.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série E. Legislação de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Manuais n. 84).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica – SIAB: indicadores 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher**. 2. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental/ Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, s/d. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

MARTINS, N. R. O. **Detecção da violência familiar contra a criança na população adscrita ao PSF**. Rio de Janeiro, 2007. Dissertação (Mestrado em: Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá.

Bibliografia consultada

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos Caderno n. 5).

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde CODEPPS. Área Técnica de Saúde Bucal. **Nascendo e crescendo com saúde bucal: atenção à saúde bucal da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero)**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2007.